

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 23 juillet 1886, à 2 heures

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par Alphonse ROCHE

Né à Clermont-Ferrant, le 1^{er} Septembre 1858

*Externe des hôpitaux de Paris, — Ancien interne de l'Hospice
général de Tours, — Lauréat de l'Ecole de médecine de Tours, —
Médaille de Bronze 1878, — Médaille de Vermeil 1879, —
Médaille de Bronze de l'Assistance publique 1885.*

DES HÉMORRHAGIES DE L'ACCOUCHEMENT

QUI ONT LEUR

ORIGINE EN DEHORS DU CORPS DE L'UTÉRUS

Président de la Thèse : M. TARNIER.

*Jury : MM. { LE DENTU, professeur.
BUDIN, agrégé.
PINARD, Id.*

NANTES

IMPRIMERIE DU COMMERCE, RUE SCRIBE, 6

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

263

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 23 juillet 1886, à 2 heures

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par Alphonse ROCHE

Né à Clermont-Ferrant, le 1^{er} Septembre 1858

*Externe des hôpitaux de Paris, — Ancien interne de l'Hospice
général de Tours, — Lauréat de l'Ecole de médecine de Tours, —
Médaille de Bronze 1878, — Médaille de Vermeil 1879, —
Médaille de Bronze de l'Assistance publique 1885.*

DES HÉMORRHAGIES DE L'ACCOUCHEMENT

QUI ONT LEUR

ORIGINE EN DEHORS DU CORPS DE L'UTÉRUS

Président de la Thèse : M. TARNIER.

Jury : MM.

LE DENTU, professeur.
BUDIN, agrégé.
PINARD, Id.

NANTES

IMPRIMERIE DU COMMERCE, RUE SCRIBE, 6.

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

PROFESSEURS :

Anatomie.....	MM.
Physiologie.....	SAPPEY.
Physique médicale.....	BECLARD.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale.....	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAILLON.
Pathologie médicale.....	BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale.....	PETER.
Anatomie pathologique.....	DAMASCHINO.
Histologie.....	GUYON.
Opérations et appareils.....	LANNELONGUE
Pharmacologie.....	CORNIL.
Thérapeutique et matière médicale.....	MATHIAS DUVAL
Hygiène.....	DUPLAY.
Médecine légale.....	REGNAULD.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	HAYEM.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	PROUST.
Pathologie expérimentale et comparée.....	BROUARDEL.
Clinique médicale.....	TARNIER.
Maladies des enfants.....	LABOULBÈNE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	VULPIAN.
Clinique des maladies syphilitiques.....	SEE (G.).
Clinique des maladies nerveuses.....	HARDY.
Clinique chirurgicale.....	POTAIN.
Maladies des enfants.....	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	BAUL.
Clinique des maladies nerveuses.....	FOURNIER.
Clinique chirurgicale.....	CHARCOT.
Clinique ophthalmologique.....	RICHEL.
Clinique d'accouchement.....	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
	PANAS.
	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeurs honoraires : GOSSELIN, BOUCHARDAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD	GABRIEL	LANDOUZY	REYNIER
BOUILLY	GUÉBHARD	PEYROT	RIBEMONT DESS
BUDIN	HALLOPEAU	PINARD	RICHELOT
CAMPENON	HANOT	POUCHET	C. RICHEL
CHARPENTIER	HANRIOT	QUINQUAUD	A. ROBIN
DEBOVE	HUMBERT	RAYMOND	SEGOND
PARABEUF.	HUTINEL	RECLUS	STRAUS
chef des travaux anatomiques.	JOFFROY	REMY	TERRILLON
	KIRMISSON	RENDU	TROISIER

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

MM. LES PROFESSEURS GERMAIN SÉE, DAMASCHINO

MM. LES DOCTEURS POLAILLON, BUDIN

A mes Maîtres de l'École de Tours

MM. LES PROFESSEURS HERPIN, DUCLOS,
COURBON.

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR TARNIER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550201_0052

**Des hémorrhagies de l'accouchement qui ont leur
origine en dehors du corps de l'utérus.**

INTRODUCTION

Le travail, que nous soumettons à l'appréciation et à la bienveillance de nos juges, nous a été suggéré pendant notre externat dans le service d'accouchements de M. le Dr Budin à la Charité. Il nous a été donné en effet d'assister à un certain nombre d'accouchements et d'en faire nous-même quelques-uns qui ont été accompagnés d'hémorrhagies d'une importance variable et sur la nature desquelles notre excellent maître a attiré tout particulièrement notre attention en nous en faisant constater l'origine indépendante du corps de l'utérus. Nous avons fait des recherches sur ce sujet qui nous a paru intéressant à tous égards; en effet, le praticien qui se trouve auprès d'une femme qui est en travail ou qui vient d'accoucher, et qui perd du sang en quantité assez notable en dehors de la perte physiologique qui accompagne l'accouchement, a le devoir d'intervenir rapidement pour mettre fin à cette hémorrhagie qui souvent est bénigne, mais quelquefois cependant peut avoir les conséquences les plus graves pour la malade. Avant d'intervenir et d'être fixé sur la conduite à tenir, l'accoucheur doit avoir présentes à l'esprit toutes les origines possibles d'une hémorrhagie de cette nature; il doit donc s'attacher d'abord à en rechercher la cause et le siège. Ce n'est qu'après avoir fait ce diagnostic qu'il pourra alors instituer un traitement rationnel et agir avec beaucoup plus de promptitude et de sûreté.

Les auteurs qui ont écrit sur les hémorrhagies qui compliquent l'accouchement leur attribuaient autrefois une origine exclusive ; toutes provenaient de l'utérus et dans tous les cas on administrait l'ergot de seigle qui souvent restait sans résultats. Mais depuis on a eu occasion d'observer dans bien des cas des hémorrhagies se présentant avec des caractères particuliers, différents de ceux de l'hémorrhagie utérine et pouvant être considérées comme indépendantes de cet organe. Aussi est-il admis actuellement par les praticiens que les hémorrhagies qui accompagnent l'accouchement et la délivrance peuvent avoir une double origine ; elles peuvent provenir du corps de l'utérus ou en être complètement indépendantes et avoir leur source en un autre point du canal génital. Nous éliminerons donc dès à présent de notre cadre les hémorrhagies utérines dont l'étude est faite depuis longtemps dans tous les ouvrages classiques avec les nombreux détails de description que comporte l'importance d'un tel sujet. Nous limiterons notre travail à l'étude exclusive des hémorrhagies ayant leur source en dehors du corps de l'utérus, c'est-à-dire les hémorrhagies du col, du vagin et de la vulve, nous réservant toutefois de faire, chemin faisant, quelques digressions sur le domaine de l'hémorrhagie utérine, digressions qui seront nécessaires pour exposer et établir notre diagnostic différentiel.

Nous n'ignorons pas que nous traitons un sujet qui n'est pas absolument nouveau et qui a déjà été l'objet d'un certain nombre de communications et de quelques travaux, tant à l'Etranger qu'en France, bien que, dans la plupart des ouvrages classiques, nous n'ayons trouvé que fort peu de documents relatifs aux faits qui nous intéressent. Ce sont précisément les recherches que nous avons faites d'après l'avis éclairé de M. le Dr Budin qui nous ont montré que les auteurs n'avaient pas suffisamment insisté sur l'importance de ce genre d'hémorrhagie et qu'on ne saurait trop attirer l'attention sur un accident qui est relativement assez fréquent dans la pratique. Voici, en effet, un passage que nous relevons dans le travail de Matthews Duncan, sur le mécanisme de l'accou-

chement, traduit par M. le Dr Budin (1). « Une hémorrhagie » considérable et même mortelle peut être prise à tort pour une » hémorrhagie post-partum, quand elle vient d'une source qui » n'est nullement soupçonnée. J'ai vu une artère du périnée saigner abondamment douze heures après la délivrance. Parmi ces » sources qu'on ne soupçonne pas sont les lésions du col, du » vagin, du périnée, des lèvres, les hémorrhagies dues à la rupture » de varices, etc., etc. »

D'autre part, M. le Dr Budin, dans sa thèse présentée au concours d'agrégation en 1878 (2), en parlant des lésions des vaisseaux dans l'accouchement artificiel, écrit : « Lorsque pendant » l'accouchement il se produit une déchirure sur un point du » canal génital, on peut observer en même temps la rupture » d'un vaisseau suffisamment volumineux pour donner lieu à une » hémorrhagie abondante. Sous peine de voir la femme perdre » considérablement, il est important de faire le diagnostic du » siège de la lésion et ne pas croire à tort à une hémorrhagie » utérine ayant pour point de départ les vaisseaux utéroplacentaires. L'hémorrhagie reconnaît, en effet, quelquefois une autre » source : les vaisseaux qui occupent la vulve, le périnée, les » parois vaginales ou le col de l'utérus.

D'après ces deux citations, appartenant à des auteurs qui font autorité, nous avons cru pouvoir nous permettre de reprendre l'étude de ce sujet, en y ajoutant un certain nombre d'observations nouvelles venant à l'appui des faits que nous exposerons. (3) Nous nous estimerons très heureux si nous pouvons contribuer pour une part, quelque petite qu'elle soit, à bien pénétrer les praticiens de l'importance que peut avoir dans certains cas la connaissance

(1) Matthews Duncan. — *Mécanisme de l'accouchement*, trad. du Dr Budin (p. 444).

(2) Dr P. Budin. — *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels*, Thèse d'agrég. — 1878. — (p. 122).

(3) En effet, nous avons pu recueillir à la Maternité et dans le service d'accouchements de la Charité, trente-deux observations nouvelles que nous citerons à leur place dans le cours de ce travail.

exacte de la cause de l'hémorrhagie et de la nécessité qui s'impose de faire un diagnostic précis, puisque dans quelques cas, dont nous rapportons plus loin les observations, l'hémorrhagie a causé la mort de la malade. Ainsi nous paraît justifié le choix de ce sujet de thèse auquel nous donnons pour titre :

Des hémorrhagies de l'accouchement qui ont leur origine en dehors du corps de l'utérus.

Notre intention est de suivre, autant que possible, dans notre étude, un ordre méthodique nous permettant d'exposer plus clairement notre sujet, que nous diviserons en plusieurs chapitres.

Nous commencerons par un historique rapide de la question, les travaux ou communications des auteurs sur ce sujet étant peu nombreux et ayant été déjà signalés dans une thèse de doctorat soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, en 1880, par M. le Dr E. Bordas (1)

Nous exposerons ensuite en quelques lignes la situation et la distribution des vaisseaux sanguins de la région, dont la connaissance nous est utile au point de vue du diagnostic et du traitement.

Dans un troisième chapitre, nous étudierons les causes de ces diverses hémorrhagies, leurs variétés, le mécanisme de leur production.

Nous passerons ensuite à l'étude de leurs caractères et des symptômes qu'elles présentent. C'est dans ce chapitre, dont nous ferons un chapitre de clinique, que nous exposerons les observations que nous avons pu recueillir et que nous tirerons les conclusions qui nous permettront d'établir notre diagnostic, qui fera l'objet du chapitre suivant.

Enfin, nous terminerons en disant quelques mots du pronostic, et par l'étude du traitement approprié à ces diverses hémorrhagies.

Mais avant d'entrer en matière nous tenons à adresser à notre

(1) Dr Bordas. — *Contributions à l'étude diagnostique des hémorrhagies du col, du vagin et de la vulve se produisant pendant l'accouchement.*

cher et excellent maître, M. le Dr Budin, qui nous a inspiré ce travail, l'expression de notre sincère reconnaissance pour son extrême bienveillance à notre égard et pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués pour la préparation de cette étude.

Que M. le professeur Tarnier nous permette de lui présenter nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse ; nous lui sommes aussi très reconnaissant de la permission qu'il nous a donnée d'utiliser pour notre travail un certain nombre d'observations recueillies dans son service et qui nous ont été obligeamment communiquées par M^{me} Henry, sage-femme en chef de la Maternité.

Nous adressons également ici l'expression de notre gratitude et de notre dévouement à nos maîtres dans les hôpitaux en souvenir de l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès d'eux, et des nombreux services qu'ils nous ont rendus pendant le cours de nos études.



HISTORIQUE

Les hémorrhagies puerpérales étaient considérées autrefois comme ayant une origine exclusive : l'utérus.

Les auteurs anciens, en effet, ne parlent que des métrorrhagies. On trouve bien signalées les déchirures du vagin qui peuvent se produire pendant l'accouchement, mais il n'est pas question des hémorrhagies auxquelles elles peuvent donner naissance.

C'est d'ailleurs l'avis de M. le Dr Van Biesendonck que nous trouvons rapporté dans la thèse de M. le Dr Bordas. Cet auteur qui a fait des recherches sur ce sujet et les a publiées dans les *Annales de Médecine d'Anvers*, 1861 (1), dit dans le cours de son travail :

« Les auteurs qui ont écrit sur les hémorrhagies qui compliquent la parturition, avant, pendant ou après l'accouchement, leur reconnaissent une origine exclusive. Toutes proviennent de la matrice. »

Nos recherches nous ont montré que quelques praticiens, vers la fin du siècle dernier et le commencement de celui-ci, ont signalé la possibilité des hémorrhagies ayant leur source en dehors du corps de l'utérus, et les ont attribuées à des déchirures des parois du canal génital ou à la rupture de vaisseaux variqueux.

Deleurye, Baudelocque parlent de tumeurs sanguines formées

1) Van Biesendonck. — *Annales de Médecine d'Anvers*. — 1861.

dans le vagin, d'hémorroïdes se produisant pendant l'accouchement, surtout si le travail dure un certain temps ; en effet, les parties fœtales, en comprimant les vaisseaux de la région gênent la circulation en retour, le sang s'y accumule, les distend, et il peut arriver que ces tumeurs ou dilatations hémorrhoidales acquièrent un développement assez considérable, et, se rompant sous une influence quelconque donnent lieu à une hémorrhagie dont l'importance est quelquefois considérable.

M^{me} Lachapelle parle assez longuement des hémorrhagies qui surviennent pendant l'accouchement quand il existe une déchirure du canal génital ; elle signale à ce propos la dilatation variqueuse des vaisseaux de la région comme favorisant l'hémorrhagie. D'ailleurs, nous aurons l'occasion de citer plus loin quelques observations que nous avons relevées dans sa *Pratique des Accouchements*, de 1825.

Schrøder, dans son *Traité d'Accouchements*, parle des déchirures du vagin qui accompagnent fréquemment l'accouchement, surtout chez la primipare, mais donnent rarement lieu à de fortes hémorrhagies. Si les hémorrhagies par déchirure des parois latérales du vagin ont peu d'importance, il n'en est plus de même quand la déchirure siège dans la région clitoridienne : dans ce cas, les hémorrhagies peuvent acquérir rapidement une réelle gravité.

« Ces hémorrhagies sont importantes, parce qu'elles entraînent » de grands dangers et parce qu'elles peuvent fréquemment être » confondues avec les hémorrhagies provenant de l'utérus con- » tracté. Le diagnostic ne peut se faire que par un examen » local et précis. » (1)

Naegelé parle aussi des hémorrhagies qui peuvent survenir pendant l'accouchement à la suite de « lacérations du vagin » et de déchirures de vaisseaux du canal génital. Il fait également allusion à la confusion possible de ces hémorrhagies avec celles

(1) Schrøder. — Trad. du Dr Chérpentier.

qui ont leur source dans l'utérus, et comme meilleur moyen de diagnostic, il recommande de s'en rapporter à l'état de l'utérus qui est dur et retracté dans le cas d'hémorrhagie non utérine.

M. le Dr Bordas rapporte dans sa thèse une traduction des principaux passages d'un ouvrage de Fritsch (de Halle), ayant pour titre : *Diagnostic et thérapeutique des hémorrhagies postpuérales par grandes déchirures du col*. L'auteur a vu bien des cas dans lesquels on n'avait pas soupçonné la déchirure comme cause d'hémorrhagie et on avait attribué cette dernière à l'inertie utérine. Il indique en même temps les signes sur lesquels on peut se baser pour faire le diagnostic différentiel. (1)

Nous avons déjà cité dans notre préface, les travaux de M. Matthews Duncan et ceux de notre maître M. le Dr Budin, qui, dans ses cours particuliers a fréquemment appelé l'attention de ses élèves sur ce genre d'hémorrhagies, en indiquant toute leur importance et la nécessité de savoir les reconnaître et les distinguer des hémorrhagies qui ont leur origine dans le corps de l'utérus, détails que l'on ne trouve pas dans les ouvrages classiques.

En 1876, M. Budin a publié dans le *Progrès médical* une note sur « un signe permettant de reconnaître une hémorrhagie des parois du vagin après l'accouchement. » Nous aurons d'ailleurs plus loin l'occasion de revenir sur cette communication de notre maître.

M. le professeur Tarnier, dans ses cours à la Faculté de médecine et principalement en 1883, a étudié ces hémorrhagies et a et a particulièrement insisté sur leurs caractères et leur importance.

Nous pourrions encore citer un certain nombre d'auteurs qui, dans leurs travaux, ont parlé incidemment de ces hémorrhagies, mais nous nous réservons d'en nommer quelques-uns, chemin faisant, en citant les observations ou réflexions que nous leur emprunterons.

(1) Dr Bordas. — Loc. cit. (p. 15.)

ANATOMIE

Vaisseaux sanguins de la région

La circulation de la région qui nous intéresse est extrêmement active et prend surtout un développement considérable pendant la grossesse. En effet, les organes génitaux internes et externes sont abondamment pourvus de vaisseaux sanguins qui les parcourent en tous sens, s'anastomosant entre eux, et formant un cercle artériel et veineux très important, dont les ramifications rampent entre les tuniques interne et moyenne et vont se terminer dans la muqueuse.

Nous allons rappeler en quelques lignes quels sont ces vaisseaux et quel est leur mode de distribution.

Commençons tout d'abord par le système artériel.

Les artères qui fournissent du sang aux organes génitaux viennent de deux sources : les unes directement de l'aorte, ce sont les artères utéroovariennes qui se distribuent à l'ovaire, aux trompes et au corps de l'utérus ; leur étude ne doit donc pas nous arrêter. Les autres, et ce sont les seules qui nous intéressent, viennent de l'artère iliaque interne ou hypogastrique qui fournit toutes les branches artérielles qui se distribuent et se ramifient dans toute l'étendue de la partie des organes génitaux qui nous occupe.

Ces branches sont : l'artère utérine, l'artère vaginale, l'hémorrhoidale moyenne et la honteuse interne.

L'artère utérine naît directement de l'hypogastrique, tantôt isolément, tantôt par un tronc commun avec la honteuse interne. Elle se dirige en bas et en dedans vers le col utérin auquel elle fournit de nombreuses ramifications s'anastomosant avec celles du côté opposé, puis elle remonte entre les deux feuillets des liga-

ments larges, s'anastomose avec l'artère utéroovarienne et se distribue au corps de l'utérus.

« Une branche spéciale de l'artère utérine du col utérin s'unit » encore avec celle de l'autre côté pour former une artère qui » entoure l'isthme, et avec celles du vagin, pour former les artères » azygos du vagin » (1).

L'artère vaginale vient le plus souvent de l'hypogastrique ; quelquefois cependant elle naît de l'artère utérine, de l'hémorrhoidale moyenne ou de la honteuse interne.

Elle se dirige vers les parties latérales du vagin et fournit de nombreuses ramifications qui s'anastomosent avec celles du côté opposé.

Les parois du vagin reçoivent également des branches artérielles qui leur sont fournies par l'hémorrhoidale moyenne. Quant au bulbe du vagin, il reçoit son sang de l'artère transverse du périnée, branche de la honteuse interne.

Les grandes lèvres et les petites lèvres reçoivent quelques ramifications de la honteuse interne, mais elles sont surtout alimentées par la périnéale superficielle, branche de la honteuse interne.

Les artères du clitoris sont également des branches de la honteuse interne. Ce sont : les artères caverneuses qui se distribuent à la trame érectile ; les artères dorsales du clitoris qui donnent quelques divisions au corps caverneux et se distribuent à la muqueuse et à la peau qui la recouvre.

Le système veineux de la région a une très-grande importance par son étendue et sa distribution, formant de nombreux plexus largement anastomosés entre eux ; de plus, ces veines ne sont pas pourvues de valvules, ce qui est une disposition favorable à la production et surtout à l'abondance de l'hémorrhagie.

La plupart des veines suivent le même trajet que les artères et

(1) Dr Berry-Hart et Freeland Barbour. — *Manuel de gynécologie*, traduction du Dr Crouzat. — 1886.

prennent le même nom que ces dernières ; leurs ramifications se dirigent en tous sens et finissent par constituer par leur réunion des plexus qui forment un territoire vasculaire très-étendu et se terminent dans une veine plus importante.

Les veines du col utérin se jettent dans les veines utérines.

Les veines vaginales sont nombreuses et volumineuses ; elles naissent par des radicules anastomosés entre eux autour de l'orifice vaginal ; elles parcourent ce conduit dans toute son étendue et forment deux plexus, l'un superficiel dans le tissu sous-muqueux, l'autre profond dans la tunique musculaire. Ces deux plexus communiquent entre eux et avec le plexus hémorroïdal en bas et le plexus vésical en haut, et se terminent en se jetant dans la veine hypogastrique.

Les veines des grandes lèvres et des petites lèvres suivent le trajet des artères ; les unes s'ouvrent dans la veine honteuse interne, les autres communiquent avec les veines du bulbe et du clitoris.

Les veines du corps caverneux du clitoris s'abouchent avec la veine dorsale profonde de cet organe et communiquent avec le plexus vésical.

Telles sont, en quelques mots, la description et la distribution des vaisseaux sanguins qui nous intéressent au point de vue des hémorrhagies que nous nous proposons d'étudier.

Le développement qu'ils acquièrent pendant la grossesse, et qui peut encore s'accroître par les efforts ou les difficultés du travail, les nombreuses anastomoses qui les unissent entre eux, expliquent très bien, d'une part, la facilité avec laquelle ils peuvent se rompre, et, d'autre part, la gravité que peut prendre, dans certains cas, l'hémorrhagie qui résulte de cette rupture.

ÉTIOLOGIE

D'une manière générale, les hémorrhagies sont dues à une lésion d'un ou plusieurs vaisseaux sanguins, soit artériels, soit veineux.

Dans quelles conditions peuvent se produire les lésions des vaisseaux de la région qui nous intéresse ? tel est le point que nous avons à étudier.

Nous pouvons dire, tout d'abord, que ces hémorrhagies, qui sont relativement assez fréquentes, coïncident ordinairement avec des déchirures des parties molles qui accompagnent l'accouchement. En effet, quand il existe une déchirure sur un point du canal génital, si un vaisseau se trouve compris dans cette déchirure, il peut y avoir une hémorrhagie plus ou moins abondante, suivant l'importance du vaisseau lésé.

Ces hémorrhagies ne se produisent pas avec la même fréquence et surtout avec la même gravité chez toutes les femmes, et souvent elles sont facilitées par certaines conditions tenant, soit à la femme, soit à l'état des vaisseaux, soit à la marche de l'accouchement, au volume de l'enfant, etc., etc.

Nous pouvons donc diviser les causes en causes prédisposantes et en causes déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes nous mettons en première ligne la primiparité qui est un facteur important dans l'étiologie de ces hémorrhagies.

La primipare, en effet, est bien plus prédisposée aux déchirures du canal utero-vagino-vulvaire que la multipare.

L'orifice vaginal se rompt toujours au moment du premier accouchement, dit Matthews Duncan ; ces déchirures, en général, multiples, qui sont constantes chez la femme qui accouche pour

la première fois, sont beaucoup plus rares chez celle qui a déjà eu des enfants. En effet, la période d'expulsion chez la primipare est beaucoup plus longue que chez la multipara ; il peut s'écouler plusieurs heures entre le moment où la tête franchit l'orifice de l'utérus et celui où elle est expulsée au dehors. « C'est la résistance de l'orifice vaginal qui, chez les primipares, rend si longue la période d'expulsion (1) ». Il suffit donc qu'un vaisseau plus ou moins important se trouve sur le trajet de la déchirure pour qu'il se produise une hémorrhagie.

L'étroitesse de la vulve et du vagin prédisposant également aux déchirures de ce conduit sont favorables à la production d'une hémorrhagie ; la compression qu'exercent les parties fœtales sur les parties maternelles sont bien plus énergiques et surtout plus prolongées, ce qui facilite les déchirures.

Un enfant volumineux, par le retard qu'il peut apporter à la période d'expulsion, et, par conséquent, par la compression plus prolongée qu'il exerce sur les parois du conduit génital pourra, dans une certaine mesure, prédisposer la femme aux déchirures et aux hémorrhagies qui les accompagnent.

La marche de l'accouchement a une assez grande influence, soit que la période d'expulsion soit trop rapide ou qu'elle soit trop longue.

Quand le travail se fait trop rapidement, la vulve et le vagin qui ne sont pas préparés à la distension par une dilatation progressive se trouvent dans un état propice pour la déchirure.

Un accouchement trop lent, en déterminant une compression trop prolongée des parties maternelles, produit une gêne de la circulation, par suite, la surdistension des vaisseaux et leur rupture plus facile.

Enfin, l'état variqueux des vaisseaux qui est fréquent chez les femmes enceintes peut être considéré à juste titre comme une des plus importantes parmi les causes prédisposantes.

La cause déterminante de l'hémorrhagie sera une lésion d'un

(1) Dr Budin. — *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal.*

vaisseau compris dans le trajet d'une déchirure siégeant en un point du canal génital, ou une rupture directe de ce vaisseau.

Les déchirures du conduit utero-vagino-vulvaire peuvent se produire dans deux cas ; elles peuvent être spontanées et avoir lieu dans l'accouchement normal ; elles peuvent être dues à l'intervention de l'accoucheur, dans l'accouchement artificiel. Il peut exister des déchirures du col, du vagin, de la vulve et du périnée. Notre intention est de ne pas traiter des hémorrhagies par déchirures du périnée, dont l'étude est faite dans les classiques et dont le diagnostic, en tous cas, prête peu à la confusion avec l'hémorrhagie d'origine utérine.

Nous allons passer en revue ces diverses déchirures, en commençant par celles qui se produisent spontanément dans l'accouchement normal.

Déchirures du col utérin. — A la suite des accouchements naturels, il peut se produire de simples fissures ou des déchirures plus ou moins étendues du col utérin. Nous ne nous occupons que des déchirures de la portion vaginale du col, la description des déchirures de la portion susvaginale se rapprochant de celle des lésions de l'utérus qui n'entrent pas dans notre cadre.

Les déchirures de la portion vaginale du col sont relativement assez fréquentes. En effet, nous avons relevé sur les registres de la Maternité un certain nombre d'observations d'accouchements naturels ayant été suivis d'hémorrhagie dont l'origine a pu être attribuée à une lésion du col.

Le siège et la forme de ces déchirures sont assez variables. Leur siège le plus habituel est en avant et sur le côté gauche du col, ce qu'on attribue généralement à la plus grande fréquence de l'accouchement en position O. I. G. A. ; les grands diamètres de la tête fœtale se trouvant placés dans le diamètre oblique gauche du bassin, l'occiput tourné en avant et à gauche.

Disons toutefois que ces déchirures peuvent se rencontrer également du côté droit, à l'une ou l'autre extrémité du diamètre oblique droit, suivant la position occupée par la tête au moment où elle doit franchir l'orifice utérin.

Ces déchirures qui, souvent sont de simples fissures, peuvent quelquefois être multiples.

On observe habituellement une hémorrhagie dans le cas de déchirure d'une partie du col, et cette hémorrhagie ne se produit qu'après l'expulsion du fœtus, car au moment où la tête franchit le col utérin, elle comprime les vaisseaux qui peuvent être lésés et s'oppose à l'écoulement du sang.

Déchirures du vagin.— « La déchirure inévitable de l'orifice du » vagin dans l'accouchement normal chez la primipare se fait au » niveau ou près de la ligne médiane sur le bord postérieur de » l'orifice. Elle s'étend longitudinalement, filant en arrière le » long des parois du vagin et en avant dans la fosse naviculaire. » La déchirure se produit sur une épaisseur triangulaire des » tissus ; sa pointe correspond au niveau du bord de l'orifice à la » partie qui s'est déchirée la première, et sa base ou son côté le » plus long est représenté par la ligne médiane qui existe au » niveau de la plaie. Après l'accouchement, cette plaie prend » comparativement de petites dimensions, mais on peut montrer, » en s'y prenant d'une façon convenable, en écartant les grandes » lèvres, qu'elle offre encore les caractères qui viennent d'être » décrits. » (1)

Ces déchirures peuvent être multiples. On les rencontre également sur les parois latérales du vagin, à droite et à gauche ; quelquefois aussi, elles peuvent siéger à la partie supérieure du vagin.

Quant aux hémorrhagies produites par déchirures de la vulve, on les rencontre aussi fréquemment ; mais de même que les autres hémorrhagies, elles sont bien plus communes chez les primipares que chez les multipares.

Les lésions de la muqueuse vulvaire peuvent être parfaitement indépendantes des lésions du vagin et produites par la compression directe qu'exerce la partie fœtale, au moment de son expulsion, sur les parois vulvaires.

(1) Matthews Duncan.— Loc. cit.

Le plus souvent cependant, ces lésions de la muqueuse vulvaire dépendent des lésions de l'orifice vaginal dont elles ne sont que la continuation. M. le Dr Budin, dans son travail sur l'hymen et l'orifice vaginal, dit avoir constaté plusieurs fois des déchirures de la muqueuse vulvaire qui avaient pour point de départ des lésions de l'orifice vaginal.

Ordinairement, cette lésion s'étend de la muqueuse vaginale à la muqueuse vulvaire pendant l'expulsion de la tête, mais cela peut n'avoir lieu qu'au moment du passage des épaules — « la » comparaison très pittoresque faite par M. le professeur Pajot » dans ses cours nous semble bien indiquer ce qui se passe. La » déchirure de l'orifice vaginal peut être considérée comme le » coup de ciseaux donné par le commis de nouveauté qui veut » déchirer une étoffe ; la traction suffit ensuite pour la diviser » complètement. L'orifice vaginal une fois rompu, la déchirure » s'étend très facilement à la muqueuse vulvaire et au périnée (1). »

Les lésions de l'orifice vulvaire, suivant leur siège, ont une grande importance au point vue de l'hémorrhagie qui en résulte. Elles peuvent siéger à la commissure postérieure ou sur les parties latérales et comprendre une étendue plus ou moins grande des petites et des grandes lèvres ; mais c'est surtout la lésion de la commissure antérieure qui pouvant atteindre le clitoris donnera lieu à une hémorrhagie qui est parfois mortelle. — Les lésions du canal utero-vagino-vulvaire que nous venons de décrire dans l'accouchement normal ou spontané, peuvent être produites accidentellement dans l'accouchement artificiel. — On conçoit aisément que lorsque l'accoucheur est obligé d'intervenir pour terminer un accouchement, soit qu'il applique le forceps, soit qu'il fasse la version par manœuvres internes, il peut se produire des déchirures sur les parois du canal génital, déchirures qui sont susceptibles d'occasionner des hémorrhagies. — Ces lésions, comme celles qui se produisent spontanément dans l'accouchement normal, peuvent siéger sur le

(1) Dr Budin. — *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal* (p. 219).

col de l'utérus, sur les parois du vagin, et enfin sur la vulve. Elles sont assez fréquentes et nous aurons occasion de citer un certain nombre d'observations ayant trait aux hémorrhagies produites dans ces circonstances. Nous n'insisterons pas sur le mécanisme de leur production, cette question se trouvant complètement traitée dans la thèse présentée au concours d'agrégation par M. le Dr Budin (1).

• Nous citerons seulement dans ce chapitre un passage de cette thèse ayant trait aux hémorrhagies qui peuvent survenir à la suite d'une déchirure du col de l'utérus produite par une manœuvre pour terminer un accouchement. « M. H. Fritsch (de » Halle), a appelé récemment l'attention sur ce point. D'après » lui ce serait surtout dans le cas d'extraction du fœtus par le » siège qu'on observerait les hémorrhagies. — L'orifice utérin se » rétracte en effet sur le cou de l'enfant, et quand la tête, en- » traînée par la main introduite dans la bouche ou par le for- » ceps appliqué sur elle, franchit cet orifice il peut se produire » une dilatation brusque, une déchirure étendue et consécutive- » ment une hémorrhagie. »

Telles sont les lésions du canal génital qui, soit pendant l'accouchement normal, soit pendant l'accouchement artificiel peuvent donner lieu à des hémorrhagies dont nous étudierons plus loin les caractères.

Pour terminer l'étiologie et la pathogénie de ce genre d'hémorrhagie, il nous reste à parler de celles qui sont produites par la rupture de vaisseaux variqueux et par la rupture de thrombus.

Rupture de varices. — Les varices des organes génitaux sont fréquentes chez la femme enceinte. « S'il est une région au » niveau de laquelle on doit s'attendre à voir pendant la grossesse » les vaisseaux se développer d'une façon exagérée, c'est évi- » demment la région génitale (2).

(1) Dr Budin. — *Lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels.* — 1878.

(2) Dr Budin. — *Des varices chez la femme enceinte.* — Th. agrég. — 1880.

D'autre part, dans le traité d'accouchement de M^{me} Lachapelle (2), nous lisons à propos des hémorrhagies qui peuvent se produire dans le cas de déchirures du canal génital, le passage suivant :

» Il est une disposition spéciale et peut-être exclusive au vagin qui donne lieu à une hémorrhagie toute particulière. Cette disposition consiste dans une structure variqueuse ou fongueuse plus ou moins étendue qui n'est en quelque sorte que l'exagération de l'état normal. On sait, en effet, combien ce conduit est vasculaire, on sait qu'un réseau veineux, une sorte de conduit caverneux l'environne et le constitue presque en totalité. Il n'est donc pas étonnant que les veines acquièrent parfois un volume et une mollesse comparables à ceux des tumeurs hémorroïdales, et il l'est moins encore que les veines ainsi altérées se déchirent pendant le travail de l'accouchement.

» C'est donc après la sortie de l'enfant que ces sortes d'hémorrhagies doivent se déclarer et c'est alors, en effet, qu'elles s'observent sous deux formes bien distinctes. — 1^o Ou bien le sang s'écoule au dehors, mais il n'y a pas inertie de l'utérus, mais le col de cet organe est sans fissure, un simple tamponnement ou des bourdonnets imbibés d'un liquide astringent, suffisent pour arrêter une semblable perte. — 2^o Ou bien les varices s'étant trouvées plus rapprochées de l'extérieur que de l'intérieur du canal, la rupture est couverte encore par la membrane interne du vagin et le sang s'infiltré dans le voisinage, il peut y avoir à la fois hémorrhagie externe et formation d'un thrombus.

Les varices peuvent siéger sur un point quelconque du canal génital. On les rencontre le plus habituellement chez des femmes ayant des varices des membres inférieurs. Mais dans bien des cas on observe des varices très accentuées dans la région génitale chez des femmes ayant de simples veinosités aux membres inférieurs, M. le Dr Budin a même observé une femme chez laquelle il y avait des varices à la vulve sans qu'il y en ait sur les jambes

(2) M^{me} Lachapelle — *Pratique des accouchements*. — 1825.

et les cuisses. Tout récemment dans le service d'accouchements de la Charité, nous avons eu l'occasion d'examiner une femme présentant des varices génitales très accentuées.

OBSERVATION. — Jeanne L....., 29 ans, domestique. — Primipare. — Entrée le 18 juin 1886, à la Charité.

Sur les membres inférieurs de cette femme on constate à peine quelques légères veinosités, mais au niveau de la région génitale il existe des varices très développées occupant toute l'étendue des grandes lèvres et des petites lèvres et formant deux bourrelets volumineux au niveau des commissures antérieure et postérieure de la vulve. La femme était en travail, la dilatation complète, la tête à la vulve; à chaque contraction la tête appuyant plus fortement sur le paquet variqueux qui prenait des proportions assez considérables pour faire craindre sa rupture; mais bien que cette femme fut une primipare, l'accouchement eut lieu sans rupture des vaisseaux variqueux.

Dans ce cas, si il n'y a pas eu de déchirure des varices, nous pouvons l'attribuer d'une part à la marche de l'accouchement qui s'est faite assez lentement et a permis la dilatation progressive de l'orifice vulvaire, et d'autre part au petit volume de l'enfant qui ne pesait que 2,500 grammes.

Le siège le plus habituel des varices de la vulve est entre la grande lèvre et la petite lèvre d'où elles se dirigent dans divers sens, se continuant quelquefois avec des varices du vagin. Le plus souvent, d'après M. Budin, elles atteignent le clitoris et arrivent à un certain degré de développement qui pourra avoir de l'importance au moment de l'accouchement.

On peut rencontrer également des varices sur les parois du vagin, varices qui quelquefois sont de simples dilatations veineuses, quelquefois au contraire ont un développement assez notable et forment des nodosités.

Quant aux varices du col elles sont relativement rares, mais elles peuvent cependant exister, et dans quelques cas elles ont pu, par leur rupture, amener des complications pendant le travail ou après l'accouchement.

Ces varices des organes génitaux occupent une place importante dans les causes d'hémorrhagie. En effet, sous l'influence du travail de l'accouchement, ces dilatations veineuses ou ces varices tendent à augmenter de volume par suite des efforts prolongés de la femme et par le fait de la compression qu'exerce sur elles la tête du fœtus, compression qui s'oppose dans une certaine mesure au retour du sang. Aussi dans ces cas, sous la moindre influence, ces varices peuvent se rompre et donner lieu à une hémorrhagie.

« Si l'hémorrhagie vient des veines variqueuses de la vulve, la » rupture de ces veines peut se produire de façons différentes : » tantôt la région occipitale s'étant dégagée et la nuque étant venue prendre point d'appui sous la symphyse, le sommet comprime » les veines variqueuses contre les branches ischiopubiennes et il » se produit une fissure de la muqueuse et une rupture de la » veine qui saigne alors abondamment, tantôt au contraire, et » cela s'observe surtout chez les primipares, une déchirure latérale partie de l'orifice vaginal s'étend obliquement de bas en » haut en se dirigeant vers la partie supérieure de la petite lèvre » qui peut être sectionnée en partie ou en totalité. Si des veines » variqueuses se trouvent sur le trajet de la déchirure, elles sont » rompues et il en résulte une hémorrhagie (1).

La rupture peut être spontanée par le fait de la compression exercée par les parties fœtales dans l'accouchement normal, elle peut enfin être produite accidentellement par toute manœuvre employée pour terminer l'accouchement.

Thrombus du conduit utero-vulvaire. — La rupture d'un thrombus peut donner lieu, pendant le travail ou après l'accouchement, à une hémorrhagie qui quelquefois devient très grave.

Quelquefois un vaisseau est rompu sans qu'il existe de lésion de la muqueuse, le sang alors ne s'écoule pas au dehors mais se répand dans le tissu cellulaire, s'y accumule et constitue une thrombus. On peut observer les thrombus en un point quelcon-

(1) Dr Badin. — *Des varices chez la femme enceinte.* — Th. agrég. — 1880, (P. 103.)

que du conduit utéro-vulvaire. Au niveau du col utérin le thrombus siège le plus habituellement sur la lèvre antérieure ; mais ce sont les thrombus de la vulve et du vagin qui sont de beaucoup les plus fréquents. Ils sont dus à la surdistension à laquelle sont soumis les vaisseaux sanguins pendant le travail de l'accouchement par le fait de la pression exercée sur eux par les parties fœtales. On les observe pendant le travail ou après l'accouchement ; quelquefois c'est seulement après la délivrance, qu'ils se produisent. On a souvent rencontré des thrombus chez des femmes qui présentaient des tumeurs variqueuses, ce qui fait que certains accoucheurs avaient attribué une influence très grande aux varices sur la production des thrombus ; influence contestée par d'autres auteurs. Toujours est-il que le thrombus peut acquérir une très grande importance par le fait de sa rupture en occasionnant une hémorragie sérieuse, rupture qui pourra être produite par les simples efforts du travail ou par des violences dues à l'intervention de l'accoucheur et se manifester alors pendant ou immédiatement après l'accouchement. Quelquefois au contraire la rupture n'a lieu qu'après la délivrance ou plusieurs jours même après l'apparition de la tumeur, les parois des vaisseaux qui ont été contus se mortifient et se rompent.

Nous en avons fini avec l'exposé de l'étiologie et de la pathogénie des hémorrhagies qui font le sujet de notre étude. Nous avons insisté un peu longuement sur ce chapitre en lui donnant un développement que ne comportait peut-être pas le cadre de cet ouvrage, mais nous nous sommes cru autorisés à entrer dans ces détails auxquels nous attribuons une grande importance, car il est évident que la connaissance exacte des faits que nous avons exposés nous servira utilement pour établir notre diagnostic.

SYMPTOMES

Ce chapitre sera un des plus importants de notre travail ; c'est ici, en effet, que nous allons exposer l'histoire clinique du sujet qui nous occupe. Nous étudierons les caractères et les diverses formes sous lesquelles se présentent les hémorrhagies qui accompagnent l'accouchement et la délivrance, dont l'origine est en dehors du corps de l'utérus. Nous ferons suivre l'étude de chacune de ces variétés de l'exposé des observations assez nombreuses que nous avons pu recueillir, et nous en tirerons les conclusions qui nous serviront à établir notre diagnostic différentiel.

Comme il faut, avant tout, que nous établissions bien que les hémorrhagies que nous décrivons sont indépendantes du corps de l'utérus, il est donc indispensable pour nous de connaître les hémorrhagies qui en dépendent.

Il n'entre pas dans le cadre de notre travail de faire l'étude de ces hémorrhagies ; c'est un point sur lequel nous avons suffisamment insisté en exposant le titre et le sujet de cette thèse ; nous nous contenterons d'en esquisser les signes les plus importants dont la connaissance nous fera éviter plus facilement toute confusion.

Les hémorrhagies utérines varient suivant le moment de leur production. Elles peuvent survenir pendant le travail, avant la sortie de l'enfant, ou, au contraire, seulement après l'accouchement et après la délivrance. Ce qui fait deux grandes divisions.

L'hémorrhagie qui survient pendant le travail est le plus souvent produite par un décollement prématuré du placenta, soit normalement, soit vicieusement inséré ; c'est principalement dans les cas d'insertion vicieuse ou de placenta prævia que l'accident peut se produire. Quels sont donc les symptômes de cette

émorragie ? Ils sont généraux et locaux. Les symptômes généraux existent quand la perte de sang est assez abondante et ce sont ceux qui accompagnent toute hémorragie : petitesse du pouls, pâleur des téguments, refroidissement, etc.

Les symptômes locaux sont caractérisés par la perte de sang qui peut être externe ou interne.

La perte est-elle externe ? L'écoulement du sang hors des voies génitales est un signe suffisant pour la faire reconnaître. Si le placenta est inséré sur le col, l'hémorragie augmente pendant les contractions utérines, qui, en opérant la dilatation du col, décollent de plus en plus le placenta, déchirent les adhérences de ses vaisseaux et augmentent la source de l'hémorragie.

Si, au contraire, le placenta est inséré en un point plus éloigné du col, l'hémorragie due à son décollement diminue pendant les contractions utérines qui, dans ce cas, oblitèrent les vaisseaux (Cazeaux).

La perte est-elle interne ? il existera des symptômes généraux ; de plus, la malade se plaint de violentes douleurs de reins et le ventre augmente rapidement de volume. Si on pratique le toucher, on pourra constater l'insertion vicieuse du placenta, à la condition toutefois que la dilatation soit suffisante pour permettre l'introduction du doigt.

L'hémorragie qui survient pendant le travail peut reconnaître d'autres causes ; ainsi, la brièveté du cordon pouvant amener le tiraillement et le décollement du placenta ; la rupture utérine, dont l'importance est bien plus considérable.

Les ruptures de l'utérus se produisent plus particulièrement sur le segment inférieur de l'organe ; nous n'avons pas à décrire ces ruptures ; mais comme elles s'accompagnent ordinairement d'hémorragies et se produisent le plus souvent pendant le travail, nous devons signaler leurs principaux caractères, qui nous permettront de les différencier des hémorragies du travail qui n'ont pas leur source dans le corps de l'utérus. L'écoulement sanguin, habituellement abondant, peut se faire hors des voies génitales, ou bien la perte est interne et le sang s'épanche dans

la cavité péritonéale. Avant l'apparition des signes de l'hémorrhagie survient une douleur subite extrêmement vive, avec sensation de déchirement intérieur, quelquefois elle s'accompagne d'un craquement qu'on peut entendre.

En même temps, apparaissent des troubles nerveux graves ; enfin, l'exploration révèle les signes de la rupture sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre.

Quant aux hémorrhagies qui surviennent après l'expulsion de l'enfant et après la délivrance, tous les auteurs sont d'accord pour les faire dépendre de l'inertie utérine, inertie qui peut être partielle ou complète.

Ici encore, nous aurons des symptômes locaux et des symptômes généraux. Les symptômes généraux sont ceux de toute hémorrhagie ; ils s'accompagnent de douleurs de reins, d'une sensation de pesanteur vers l'épigastre. Si la perte est externe, le sang s'écoule au dehors, en quantité plus ou moins abondante, traversant quelquefois le matelas et coulant jusqu'à terre. Si la perte est interne, le sang s'accumule dans la cavité utérine, et les signes généraux s'accroissent de plus en plus. C'est alors que l'examen du ventre peut fournir des données importantes pour le diagnostic.

Après l'accouchement normal, l'utérus revient sur lui-même, se rétracte, et si on palpe l'abdomen dans la région sous-ombilicale, on trouve une tumeur globuleuse, dure, résistante. Dans le cas d'inertie, on sent à l'hypogastre une tumeur molle, large ; les parois abdominales et utérines se laissent plus ou moins déprimer, au point que, lorsque l'inertie est complète, il devient difficile de distinguer l'utérus des parois abdominales.

Quand l'hémorrhagie est interne, le sang s'étant accumulé dans la cavité utérine, on trouve l'utérus volumineux, dur, s'élevant plus ou moins haut dans la cavité abdominale ; quelquefois il atteint la hauteur à laquelle il était parvenu avant l'accouchement. Au toucher, on sent les parties utérines molles et flasques ; dans le cas de perte interne, on trouve l'orifice utérin obstrué par le placenta ou un caillot qui met obstacle à l'écoulement sanguin hors des voies génitales.

Tels sont les signes qui nous permettent de reconnaître une hémorrhagie dont l'origine est dans le corps de l'utérus. Dans le cas d'inertie utérine, c'est surtout l'état de l'utérus qui sert de guide. Quand, après l'accouchement ou après la délivrance, nous trouverons un utérus dur, résistant, rétracté, nous devrons chercher la cause de l'hémorrhagie ailleurs que dans l'utérus.

Ceci bien établi, nous allons commencer l'étude des hémorrhagies qui ont leur source en dehors du corps de l'utérus, et nous suivrons dans cet exposé la marche que nous avons adoptée dans le chapitre précédent, c'est-à-dire que nous commencerons par les hémorrhagies produites par déchirures spontanées ou traumatiques du canal génital; ensuite viendront les hémorrhagies par ruptures de varices et de thrombus.

Déchirures du col. — Les déchirures du col, ainsi que nous l'avons dit à propos de l'étiologie, sont assez fréquentes. L'hémorrhagie se produit après l'expulsion du fœtus; il s'écoulera après l'accouchement une quantité de sang variable, sang en général rouge. Si on palpe l'abdomen, on trouve l'utérus dur, rétracté, ce qui prouve que le sang ne vient pas du corps de cet organe, et qu'il n'y a pas inertie utérine.

D'un autre côté, s'il y avait un décollement prématuré du placenta, le sang ne serait pas rouge et liquide, se serait du sang veineux, épais ou en caillots.

Comme moyens de contrôle on peut employer le toucher vaginal et l'examen au spéculum.

Pour le toucher on introduit le doigt dans la cavité vaginale et on le porte sur le col, du côté où se trouvait l'occiput; car nous savons que la déchirure est généralement attribuée à la pression exercée par cette partie de la tête fœtale. On constate alors, suivant le cas, une simple fissure ou une déchirure plus ou moins étendue. Dans le cas de fissure, le diagnostic par le toucher n'en est pas toujours facile.

Par l'examen au spéculum, toute hésitation disparaît. On se sert le plus habituellement du [spéculum de Sims. On constate alors, par la vue, le siège et l'étendue de la déchirure, en même

temps qu'on pourra voir jaillir le sang d'un ou plusieurs vaisseaux rompus.

Ces hémorrhagies peuvent cesser assez rapidement, mais souvent elles persistent et peuvent devenir très-graves si l'on n'intervient pas et s'accompagnent alors des symptômes généraux propres à toute hémorrhagie sérieuse.

I. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance. 700 gr. de sang. — 13 juillet 1882. — Déchirure du col.

M^{me} Le..., secondipare. — Accouchement normal. Position O. I. G. A. Durée de travail, 2 heures 55 minutes Poids de l'enfant, 3,200 gr. Un quart d'heure après l'accouchement, expulsion du placenta, mais les membranes sont adhérentes; la femme perd un peu, décollement artificiel des membranes; la femme continue à perdre. Injections d'ergotinine, réfrigérants sur la vulve; boissons alcooliques; l'hémorrhagie continue. — M^{me} Henry fait alors appliquer sur le col utérin un petit tampon d'agaric et l'hémorrhagie s'arrête. La quantité de sang perdu est évaluée à 700 gr.

II. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance par déchirure du col utérin. — 6 août 1882.

Femme De..., secondipare. — Accouchement spontané après six heures de travail. Position O. I. G. A. Enfant pesant 2,720 gr. Délivrance naturelle, 10 minutes après l'accouchement. Expulsion de quelques caillots. On fait une injection d'ergotinine, l'utérus se rétracte. En faisant la toilette de la femme, on voit s'écouler un filet de sang rosé. On en recherche l'origine et on constate une plaie au col de l'utérus et à gauche. Deux injections d'ergotinine n'arrêtent pas l'hémorrhagie. — M^{me} Henry applique un tampon d'agaric maintenu sur le col avec deux doigts introduits dans le vagin. L'hémorrhagie cesse bientôt.

III. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance. Déchirure de la vulve et du col utérin. — 30 août 1882.

Femme Ba..., primipare. — Accouchement spontané après six heures de travail. Enfant pesant 3,250 gr. Délivrance naturelle, 10 minutes après l'accouchement. Quelques minutes après la délivrance, hémorrhagie; on fait une injection d'ergotinine, l'utérus se rétracte et

L'hémorrhagie continue. En cherchant son origine, on voit un jet de sang au niveau d'une déchirure siégeant à la vulve. — M. Olivier, interne du service, applique en ce point une pince à forcipressure ; il ne vient plus de sang de cette déchirure, mais cependant l'hémorrhagie continue. — Mme Henry fait appliquer un tampon d'agaric dans le vagin, l'hémorrhagie ne s'arrête pas. — M. le professeur Tarnier examine la femme avec le spéculum de Sims et applique une éponge dans le col de l'utérus et trois autres dans les culs de sac du vagin. L'hémorrhagie cesse au bout de peu de temps.

IV. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance. 880 gr. de sang. — 24 août 1882.

Femme Tr....., 48 ans, blanchisseuse, primipare. — Position O. I. G. A. Dilatation complète, 40 heures après le début du travail. Rupture artificielle des membranes ; à partir de ce moment, contractions moins énergiques. Expulsion longue et pénible. Enfant pesant 3,680 gr. Délivrance naturelle quelques minutes après. Aussitôt après la délivrance, perte assez considérable. On fait une injection d'ergotinine, l'utérus est retractoré. La perte continue assez abondamment. On applique au niveau du col deux tampons d'agaric et on fait la compression pendant quelques minutes, l'hémorrhagie cesse.

V. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance. Déchirure du col. — 18 décembre 1882.

Femme Tu..., 22 ans, multipare. — Accouchement spontané. Durée du travail, 4 heures 50 minutes. Position O. J. G. A. Enfant pesant 3,250 gr. Délivrance naturelle dix minutes après l'accouchement. Aussitôt après la délivrance, hémorrhagie. Une injection d'ergotinine et une injection d'éther. L'utérus se rétracte. On cherche l'origine de l'hémorrhagie et on trouve une déchirure du col. Application d'un tampon d'agaric et l'hémorrhagie cesse.

VI. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance. Déchirure du col utérin. — 12 janvier 1883.

Femme De....., primipare. — Accouchement normal. Position O. I. G. A. Enfant pesant 2,700 gr. Délivrance naturelle 20 minutes après l'accouchement. Après la délivrance, hémorrhagie. Injection d'er-

gotinine, l'utérus se rétracte, l'hémorrhagie continue, sang rutilant ; on cherche son origine et on trouve une déchirure à la lèvre postérieure du col. On applique un tampon d'agaric qu'on laisse en place 12 heures. L'hémorrhagie ne s'est pas renouvelée.

VII. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Déchirure d'une artère du col. — 21 février 1883.

Femme Lu..., 22 ans, primipare. — Accouchement spontané. — Position O. I. G. A. Durée du travail, 2½ heures. Enfant pesant 2,180 gr. Après l'expulsion de l'enfant, la femme perd une assez grande quantité de sang. Délivrance naturelle. Injection d'ergotinine, l'utérus se rétracte. La femme ne perd plus. Cependant, peu de temps après, elle a deux défaillances successives et une syncope. L'hémorrhagie s'était reproduite. Mme Henry examine la femme, constate la déchirure d'une artère du col et fait l'application d'un tampon d'agaric qui reste en place seize heures. L'hémorrhagie cesse.

VIII. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie artérielle par déchirure du col. — Formation d'un thrombus. — 31 janvier 1883.

Femme Lo..., 20 ans. — Accouchement spontané. Position O. I. G. A. Enfant pesant 3,200 gr. Délivrance naturelle. Après la délivrance, écoulement de sang rouge artériel. Injection d'ergotinine. Hémorrhagie continue. En examinant la femme, on constate que le sang vient d'une large déchirure à la partie gauche du col. On applique un tampon d'agaric qu'on maintient dans le vagin. Une heure après, le périnée s'infiltre et on voit se former un thrombus gagnant la petite lèvre droite et ayant tendance à augmenter. M. le professeur Tarnier fait faire une injection chaude avec la liqueur de Van Swieten dédoublée. On renouvelle le tampon toutes les demi heures, et on fit de fréquentes injections avec la liqueur de Van Swieten dédoublée. L'hémorrhagie s'arrêta et le thrombus se résorba en quelques jours.

IX. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après l'accouchement et après la délivrance. — Déchirure du col. — 1500 gr. de sang. — 26 novembre 1883.

Femme De..., multipare, 39 ans. — Accouchement spontané après quatre heures de travail. Position O. I. G. A. Enfant pesant 3,760 gr. Immédiatement après l'accouchement, écoulement de sang considérable.

Délivrance naturelle. Injection intra-utérine chaude avec la liqueur de Van Swieten, pure. Suintement sanguin continu ; on examine la femme, on constate une déchirure au niveau du col. On applique un tampon d'agaric trempé dans la liqueur de Van Swieten. L'hémorrhagie s'arrête.

X. — **OBSERVATION DE LA MATERNITÉ.** — Hémorrhagie après la délivrance. — Déchirure du col. — Grossesse gemellaire. — Hydroamnios. — 12 février 1885.

Femme Pa....., 21 ans, domestique. Grossesse de 7 mois. — Accouchement du premier enfant par le sommet en position O. I. G. A. et pesant 1.630 gr. Vingt minutes après ; expulsion du second enfant en position S. I. D. A. Poids de l'enfant : 1,730 gr. — Après la délivrance, hémorrhagie assez abondante malgré trois injections intra-utérines très chaudes. M^{me} Henry examine la femme et trouve une déchirure au niveau du col de l'utérus. Application d'un tampon d'agaric et compression. L'hémorrhagie cesse.

XI. — **OBSERVATION DE LA MATERNITÉ.** — Hémorrhagie après la délivrance. Déchirure du col. — 16 novembre 1885.

Femme Bo....., primipare. — Accouchement spontané. Travail assez rapide. Position O. I. G. A. Enfant pesant 3,410 gr. Délivrance naturelle un quart d'heure après l'accouchement. — Avant l'expulsion du fœtus la femme avait perdu un peu de sang qui s'était arrêté après une injection vaginale chaude. — Deux heures après la délivrance la femme pâlit. Tendance syncopale ; il s'écoule un peu de sang hors des voies génitales. Injection intra-utérine chaude. Hémorrhagie continue. — En examinant la femme, on trouve une déchirure du col. Application d'un tampon d'agaric et compression pendant plusieurs heures. L'hémorrhagie s'arrête.

XII. — **OBSERVATION DE LA MATERNITÉ.** — Hémorrhagie après la délivrance. Déchirure du col. — 12 décembre 1885.

Femme St....., primipare. 20 ans. — Accouchement spontané après trois heures de travail. Position O. I. G. A. Enfant pesant 3,370 gr. Délivrance naturelle. — Après la délivrance, la femme perd du sang. Injections intra-utérines très chaudes. L'utérus se retracts, l'hémorrhagie continue. — En examinant la femme, on constate une large déchirure

sur la partie gauche du col ; la dilatation s'était faite très rapidement. Tampon d'agaric maintenu en place pendant sept heures.

XIII. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance. Déchirure du col. — 29 novembre 1835.

Femme C..., 18 ans, primipare. — Accouchement spontané après dix heures de travail Position O. I. G. A. Enfant pesant 3 450 gr. Délivrance naturelle et, aussitôt après, injection intra utérine. L'utérus se rétracte. Il s'écoule par les voies génitales du sang en quantité assez abondante ; on fait de nouvelles injections intra-utérines. L'hémorrhagie continue. On examine la femme et par le toucher on trouve vers la partie latérale gauche du col une déchirure assez profonde. — Tampon d'agaric et compression. Hémorrhagie cesse.

Nous voyons, d'après l'analyse de ces observations, que l'hémorrhagie produite par une déchirure du col peut se rencontrer assez fréquemment, que le diagnostic en est généralement possible, et qu'enfin il est important de reconnaître son origine pour instituer un traitement approprié.

Déchirures du vagin. — Ces déchirures, qui surviennent constamment dans le premier accouchement chez la primipare, et quelquefois, bien que plus rarement, chez la multipare, ne déterminent pas toujours des accidents ; mais, assez souvent cependant, elles s'accompagnent d'hémorrhagies dont les caractères varieront suivant l'importance du ou des vaisseaux lésés, et suivant qu'une artère ou une veine aura été déchirée. Nous n'avons pas à revenir sur la description de ces déchirures, sur lesquelles nous avons insisté avec détails à propos de l'étiologie.

Les symptômes des hémorrhagies auxquelles elles donnent naissance sont les symptômes des hémorrhagies en général ; le sang s'écoule par la vulve. Quand une artère a été déchirée, le sang est rouge, rutilant et s'écoule par jets saccadés, tandis qu'il est noir et coule en bavant s'il est fourni par une veine. L'utérus est dur et retractoré ; enfin, par le toucher et l'examen au spéculum, on peut trouver le siège de la déchirure et l'origine de l'hémorrhagie. Disons cependant que cette recherche n'est pas toujours facile ; quand on introduit le spéculum dans le vagin, on voit une large

cavité baignée de sang et il n'est pas aisé de trouver le point de départ de l'hémorrhagie.

Nous avons vu dans quelques cas cette hémorrhagie s'arrêter presque d'elle-même ; mais il n'en est pas malheureusement toujours ainsi. Il existe, en effet, des cas où l'hémorrhagie a causé la mort de la malade.

XIV. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après l'accouchement et après la délivrance. Déchirure du vagin et de la vulve. Grossesse gemellaire. Bassin légèrement vicié. — 19 septembre 1884.

Femme Re... — Primipare, albuminurique. Mauvais état général. Travail lent : 4 heures. 1^{er} enfant né spontanément en position O. I. G. A. Poids, 2,300 gr. Après sa sortie, jet de sang fourni par un vaisseau rompu à la face interne de la petite lèvre droite.

Deuxième fœtus sort cinq minutes après en position S. I. D. A. Il pèse 2,100 gr. Après son expulsion, écoulement sanguin assez abondant.

Délivrance naturelle. Injection chaude vaginale et intra-utérine. L'hémorrhagie s'arrête.

En examinant les organes génitaux, on trouve une large déchirure siégeant à la partie postérieure et inférieure du vagin occupant presque toute l'épaisseur de la cloison rectovaginale. Les vaisseaux déchirés continuent à donner un peu de sang qui s'écoule en bavaant. On applique un tampon d'agaric imbibé de sublimé. L'hémorrhagie cesse.

XV. — OBSERVATION. — M^{me} Lachapelle. — Pratique des accouchements.

Femme de 18 ans, lymphatique. Deux heures après l'accouchement, on remarqua que les lochies coulaient avec trop d'abondance ; le froid n'empêcha pas la perte de continuer et une syncope survint. L'utérus était bien resserré. Je cherchai en conséquence ailleurs la source de l'hémorrhagie. Je la trouvai dans une petite déchirure placée à l'entrée du vagin ; un point de compression arrêta l'effusion sanguine, mais les syncopes se répétèrent encore et les suites de couches furent prolongées par l'extrême faiblesse de la malade.

XVI. — OBSERVATION DE LA CHARITÉ. — Communiquée par
M. Budin (1).

Julia Faquet, 18 ans, primipare. — Accouchement spontané. — Après la délivrance, la femme perd une quantité notable de sang, mais comme l'utérus était dur et contracté, M. Budin pensa immédiatement à une hémorrhagie des parois du vagin. Le lit ayant été tourné de façon à permettre l'arrivée directe de la lumière sur les organes génitaux. On écarta les lèvres et on chercha, sans le trouver, le point de départ de l'écoulement ; le sang ruisselait et venait, non de la moitié antérieure, mais du fond du vagin. La femme fut mise sur le côté et à l'aide du spéculum de Sims, on reconnut une déchirure de la paroi postérieure du canal vaginal, au niveau du cul de sac. La compression digitale, qui réussit habituellement si bien dans les hémorrhagies de ce genre, étant impossible, de l'eau à 45° fut mise dans un bassin et on pratiqua une injection qui fut continuée pendant six ou sept minutes, en élevant la température à 50°. L'écoulement s'arrêta dès les premiers moments et ne reparut plus. Il n'y eut même pas de lochies sanglantes pendant les suites de couches.

XVII. — OBSERVATION due à M. le Dr Charrier (2).

Une primipare à vulve étroite accoucha avec des douleurs très vives et très rapprochées.

Aussitôt après l'accouchement, il y eut un écoulement de sang assez considérable qui se continua après la délivrance. Je donnai du seigle, l'utérus revint énergiquement sur lui-même et resta contracté et cependant la perte continuait. Comme j'avais toujours surveillé l'utérus et qu'il avait été toujours très dur et très petit, je pensai que l'hémorrhagie n'était pas utérine. J'appliquai un spéculum bivalve, je débarrassai le vagin des caillots et j'examinai le col qui tendait à se refermer. Le col ne donnait aucun suintement anormal. Alors en retirant très lentement le spéculum et en le tournant dans tous les sens, vers le tiers supérieur du vagin, je vis un jet de sang en arcade isochrone au pouls de la mère. Ce sang venait d'une vaginale transverse. Je

(1) Dr Berry-Hart. — Freeland Barbour. — *Manuel de Gynécologie*. Trad. du Dr Grouzat, 1886, préface, p. XV.

(2) Dr Budin. — *Lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels*.

trepai une boulette de charpie dans du perchlorure de fer à 36° ; je l'appliquai sur l'artère rompue, je l'y maintins, et au bout d'un laps de temps très court, le jet de sang s'arrêta pour ne plus revenir.

XVIII. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance. Déchirure des parois latérales du vagin. Mort de la femme, 6 février 1882.

Marie Gr....., 21 ans, cuisinière, secundipare. — Accouchement normal après 7 heures de travail. Position O. I. G. A. Enfant pesant 3,030 gr. Délivrance naturelle. Expulsion de quelques caillots avec le placenta. Utérus avait tendance à inertie. Vers 6 heures du soir, deux heures après l'accouchement, l'utérus est un peu relâché, suinte, ment sanguin par la vulve. Injection d'ergotinine. L'utérus se retracte. Vers 7 heures, l'élève de garde s'aperçoit que la malade pâlit et a de l'agitation ; on fait immédiatement une piqûre d'ergotinine, et on donne des boissons alcooliques ; la femme s'affaiblissait toujours.

M^{me} Henry fit faire une injection d'éther, malgré cela une syncope eut lieu. Cet état syncopal disparut progressivement sous l'influence des boissons alcooliques (eau-de-vie, champagne), qu'on administra et par une deuxième injection d'éther. Le suintement sanguin par la vulve avait cessé. Malgré cela, on introduisit des fragments de glace dans le vagin ; la malade était moins affaiblie, quand vers 9 heures 15 environ, survint une nouvelle syncope plus complète que la première. Les battements cardiaques s'étaient ralentis ; frictions sur la poitrine et les membres inférieurs ; deux autres injections d'ergotinine sans qu'il y ait hémorrhagie, seulement pour rétracter l'utérus énergiquement — piqûre d'éther — battements du cœur continuaient à décroître. M. Olivier fit des brûlures sur la partie inférieure du thorax avec un marteau d'acier plongé dans l'eau bouillante, l'action se produisit au début, mais bientôt disparut ; on fit aussitôt une application de ventouses sèches sur les membres inférieurs, mais sans succès ; la femme expira à 9 heures 30 du soir.

Sur le drap de la malade, on constata une tache de sang de la largeur de la paume de la main, mais le matelas était traversé et le sang avait coulé sous le lit. A l'autopsie on trouva tous les tissus complètement exsangues ; sur les parties latérales du vagin, à gauche et à droite existaient des déchirures assez profondes sur le trajet desquelles plusieurs vaisseaux avaient été rompus.

XIX. — OBSERVATION publiée par M. Van Hoesendonck, dans les *Annales de médecine d'Anvers*, 1861 — Empruntée à la thèse de M. le Dr Bordas.

Le 16 août 1858, on vint me prévenir de me rendre chez la femme Van N. N. . . . âgée de 35 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution délabrée, enceinte pour la quatrième fois.

L'accouchement se fit assez régulièrement, toutefois l'expulsion du fœtus éprouva un assez long retard, à cause de la grosseur peu ordinaire de la tête de l'enfant. Cette circonstance m'engagea à soutenir le périnée, et cette précaution m'autorisa à croire que cette partie n'avait pas été déchirée pendant la sortie de cette tête demesurée. On voudra bien ne pas perdre de vue que, dans la contrée que j'habite, on a l'habitude d'accoucher les femmes après les avoir placés convenablement sur un lit, tandis que, dans la plupart des Maternités, on a recours à un fauteuil plus particulièrement destiné à cet usage. Ce procédé donne un avantage que n'accorde pas le premier, celui de pouvoir constater les déchirures sans que celles-ci puissent laisser l'accoucheur dans le doute. Je me rappelle que les choses se passaient ainsi pendant mon séjour à Louvain.

La délivrance se fit d'une manière prompte et facile. Comme le mari était absent, je fus obligé de prendre le nom de la mère et de l'enfant pour les donner à l'état-civil. Entre temps la femme commença à se plaindre de faiblesse au point qu'elle attira vivement mon attention. Aussi ma surprise fut grande lorsque je vis la pâleur de l'accouchée, lorsque je constatai la petitesse et l'absence presque complète du pouls, et que se présentèrent enfin tous les symptômes d'une hémorrhagie abondante. Je m'empressai de soumettre la femme à un examen sévère qui me montra la matrice convenablement contractée, ce qui toutefois n'empêcha pas d'appliquer des compresses d'eau froide sur l'abdomen, d'exercer des frictions et une pression soutenue sur les parois du ventre, voulant par l'emploi méthodique de ces moyens provoquer davantage encore la contraction de l'utérus. N'obtenant aucun résultat favorable, et les mêmes symptômes continuant toujours avec la même gravité, j'introduisis la main dans le vagin pour exciter l'intérieur de la matrice. Cependant cet essai ne put réussir, la contraction de la matrice était si forte, qu'il ne me fut pas possible d'y pénétrer. Pendant que j'eus recours à ces moyens pour parer à la gravité des accidents, la femme était devenue encore plus pâle, en même temps

que la froideur du corps avait augmenté. Cette hémorrhagie opiniâtre eut lieu de m'étonner, d'autant plus que l'utérus était si bien contracté. Il fallait cependant chercher à me rendre compte de cette perte sanguine qui ne faisait que continuer. Il était indispensable de recourir à d'autres moyens d'investigation pour éclairer mon diagnostic. Une chandelle allumée me montra la présence d'une grande quantité de sang, et poussant plus loin mon examen vers la partie externe visible du vagin, j'y découvris une petite déchirure dirigée obliquement et située à la partie gauche de la paroi postérieure. C'est par cette déchirure que la perte de sang ne discontinuait pas de se faire. Une compression exercée intérieurement par le pouce et extérieurement par l'index parvint à arrêter l'hémorrhagie au bout d'à peu près un quart d'heure.

Entre temps j'avais chargé une personne de chercher du vin ; une autre s'était rendue chez le ministre du culte dont la grave situation de la malade réclamait les secours spirituels. La femme était dévorée d'une soif immodérée que rien ne put étancher. Je ne négligeai aucun des moyens dont je pouvais me servir pour conserver cette malheureuse. Hélas, sa situation s'aggrava d'un instant à l'autre. On apporta enfin le vin, qu'on avait dû aller chercher à grande distance. L'intelligence baissa à vue d'œil. La femme ne se rendit plus compte de ce qui se passa autour d'elle. Elle se tourna tantôt à gauche, tantôt à droite, et les conseils qu'on lui donna de rester tranquille furent à peine écoutés. Elle se coucha enfin, sur le dos, éprouva quelques légères contractions des muscles de la face, jeta la tête en arrière et expira. Deux heures s'écoulèrent à peine entre le commencement de l'hémorrhagie et la mort de la femme.

Ces deux dernières observations nous prouvent la gravité que peut acquérir une hémorrhagie du vagin et nous indiquent avec quel soin minutieux on doit procéder à l'examen de la femme, et rechercher la source de cette hémorrhagie quand on sait qu'elle est indépendante du corps de l'utérus. Des cas de ce genre sont bien faits malheureusement pour montrer qu'on ne saurait trop attirer l'attention sur la possibilité de cet accident que l'on rencontre quelquefois dans la pratique.

Déchirures de la vulve. — Nous répéterons ici ce que nous venons de dire à propos des hémorrhagies par déchirure du vagin. C'est

surtout chez la primipare que nous les rencontrerons. Leurs symptômes sont les mêmes, c'est-à-dire qu'ils varieront suivant qu'un vaisseau artériel ou veineux aura été déchiré. Seulement, ici, l'examen direct est bien plus facile et on se rendra rapidement compte de l'origine de l'hémorrhagie quand, d'après l'état de l'utérus dur et rétracté, on saura qu'il ne s'agit pas d'une hémorrhagie utérine. Ces hémorrhagies sont souvent insignifiantes et cessent rapidement sous l'influence d'un traitement convenable; quelquefois pourtant, elles persistent plus longtemps et peuvent, par leur abondance, devenir inquiétantes. C'est surtout quand la lésion siège dans le voisinage du clitoris que la rupture d'un vaisseau peut amener une hémorrhagie rapidement grave et même mortelle.

XX. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie vulvaire après la délivrance.

Femme Mi..., 20 ans, primipare, grossesse de 7 mois. — Accouchement spontané, travail rapide. Position O. I. D. A. Enfant pesant 1,900 gr.

Après la délivrance, écoulement d'une certaine quantité de sang, cependant l'utérus se rétractait et était dur. L'aide sage-femme examina les organes génitaux et vit un filet de sang provenant de la rupture d'un vaisseau au niveau du clitoris. Une pince à forcipressure fut appliquée et l'hémorrhagie s'arrêta.

XXI. — OBSERVATION PERSONNELLE. — Hémorrhagie après l'accouchement. Déchirure de la paroi latérale de la vulve.

La nommée Ma..., 39 ans, concierge, entrée à la Charité le 19 mai 1886, secundipare. Grossesse de 8 mois et demi environ. Varices très accentuées sur les jambes et les cuisses. Pas de varices des organes génitaux. Accouchement spontané. Position O. I. G. A. Enfant 2,610 gr. Durée du travail, 7 heures. Immédiatement après la sortie de l'enfant, la femme perd du sang rouge, rutilant, en assez grande quantité et ne venant pas du corps de l'utérus qui est dur et se contracte. En examinant les organes génitaux externes, on voit que le sang vient d'une déchirure siégeant sur la paroi latérale gauche de la vulve. Le sang s'écoule par jets saccadés. On fait la compression digitale au niveau

de la lésion, l'écoulement s'arrête pour reprendre dès qu'on cesse la compression.

Délivrance naturelle, 20 minutes après l'accouchement. Après la sortie du placenta, il s'écoule encore du sang rouge en assez grande quantité. On continue la compression pendant quelques minutes; quand on la cesse, il n'existe plus qu'un léger suintement qui cesse bientôt après une injection d'eau chaude à 45°.

XXII. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie avant et après la délivrance. — Déchirure vulvaire, 5 août 1882, 1160 gr. de sang.

Femme Ha..., multipare. — Accouchement spontané après deux heures de travail. Position O. I. D. A. Enfant pesant 3650 gr. Après l'expulsion du fœtus perte de sang assez abondante. Délivrance dix minutes après. Perte continue malgré frictions sur utérus. Injection d'ergotinine, l'hémorrhagie cesse. Un quart d'heure après en faisant la toilette de la femme, on constate à la partie supérieure de la petite lèvre droite un caillot qu'on enlève; aussitôt un filet de sang assez considérable jaillit. Mme Henry fait appliquer un tampon d'agaric jusqu'au lendemain. L'hémorrhagie s'arrête.

XXIII. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après l'accouchement — Déchirure d'un vaisseau au voisinage du clitoris.

25 mai 1884. — Femme Gu..., 19 ans, primipare. — Accouchement à 8 mois et demi. Position O. I. G. A. Enfant pesant 2290 gr. Après l'accouchement, écoulement de sang rosé. En examinant les organes génitaux externes, on constate une déchirure d'un vaisseau au voisinage du clitoris. Compression digitale pendant quelques minutes, puis tampon d'agaric. Délivrance naturelle. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite après la délivrance.

XXIV. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie par déchirure d'une artère clitoridienne

5 septembre 1885. — Femme Ma..., 24 ans, multipare — Accouchement spontané. Travail dure 13 heures. Position O. I. G. A. Enfant pesant 3180 gr. Après l'expulsion du fœtus jet de sang artériel. Examen des organes génitaux; on constate la rupture d'une artère clitoridienne. Compression digitale. Délivrance quelques minutes après. Tampon

d'agaric sur le vaisseau ouvert, puis pince à forcipressure. Trois heures après, on retire la pince, l'hémorrhagie se reproduit, on l'applique de nouveau et on la laisse en place jusqu'au lendemain. Injections vaginales et intra-utérines très chaudes. L'hémorrhagie ne s'est pas renouvelée.

XXV. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance. Déchirure vulvaire.

6 septembre 1883. — Femme Pa..., 17 ans, primipare. — Accouchement spontané après 4 heures de travail. Position O. I. G. A. Enfant pesant 2650 gr. Délivrance naturelle suivie d'injection intra-utérine. Après la délivrance, la femme perd du sang. L'aide sage-femme en examinant les organes génitaux constate la rupture d'un vaisseau à la partie supérieure de la petite lèvre droite. Application d'un tampon d'agaric laissé en place pendant plusieurs heures. L'hémorrhagie cesse.

XXVI. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie vulvaire. Formation d'un thrombus.

17 septembre 1883. — Femme Pigot, 19 ans, primipare. Angle sacrovertébral accessible. Grossesse de 8 mois et demi. Accouchement spontané. Position O. I. G. A. Enfant pesant 2870 gr. Délivrance naturelle suivie d'injection intra-utérine. Aussitôt après, la femme perd du sang rouge. L'utérus est bien rétracté. En examinant les organes génitaux, on trouve à la partie inférieure de la petite lèvre gauche une déchirure s'étendant jusqu'à la commissure postérieure de la vulve. Application d'un tampon d'agaric et compression pendant 6 heures. Il se forme pendant ce temps un thrombus peu volumineux. Mais par le fait de la compression, l'hémorrhagie s'arrête et le thrombus s'affaisse.

XXVII. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie vulvaire et vaginale.

5 novembre 1883. — Femme C....., 22 ans, primipare. — Accouchement spontané. Position O. I. G. A. Enfant pesant 3300 gr. Délivrance naturelle. Après la délivrance, écoulement d'une certaine quantité de sang. L'utérus est dur et rétracté. L'aide sage femme examine les organes génitaux et constate que le sang vient de la rupture d'un vaisseau au niveau du clitoris et de la paroi postérieure du vagin. M^{me} Henry fait appliquer un tampon d'agaric trempé dans le sublimé et l'hémorrhagie s'arrête.

XXVIII. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie vulvaire et vaginale.

30 décembre 1885. — Femme Th..., 22 ans, primipare. Grossesse de 8 mois et demi. — Accouchement spontané après 13 heures de travail. Position O. I. G. A. Enfant pesant 2600 gr. Délivrance naturelle suivie d'injection intra-utérine. Peu après la femme perd du sang. On examine les organes génitaux et on constate que le sang vient de déchirures siégeant sur les parties latérales de la vulve et du vagin. La quantité de sang perdu est évaluée à 520 gr. Un tampon d'agarie est appliqué et maintenu en place pendant 8 heures. L'hémorrhagie ne se reproduit pas.

Nous relevons dans la thèse de M. le Dr Bordas trois cas de mort à la suite d'hémorrhagie de la région clitoridienne et de l'orifice vulvaire. Deux de ces cas sont empruntés à Müller (1), le troisième est une observation de Velpeau, dans laquelle il y eut une hémorrhagie mortelle à la suite de déchirures des organes génitaux externes et surtout de la grande lèvre droite. L'origine de l'hémorrhagie avait cependant été constatée et on avait appliqué un tamponnement.

Les hémorrhagies qui surviennent à la suite de déchirures spontanées du canal génital, se rencontrent très fréquemment aussi dans les accouchements artificiels et sont produites dans ce cas par l'intervention de l'accoucheur, comme nous l'avons indiqué dans notre chapitre étiologique. Nous nous contenterons donc de rapporter ici les quelques observations les concernant, que nous avons pu recueillir.

XXIX. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance. Bassin de 10 centimètres. Présentation du sommet. Proci-dence du bras gauche. Application de forceps par M Marchand. Déchi-rure du col.

Femme Oc..., multipare, 25 ans. Position O. I. G. T. Enfant pesant 3,650 gr. Après la délivrance, écoulement de sang. Il existe sur la lèvre

(1) Müller. — *Scauzoni's Beitrage zur gebkde.* VII. H. I. p. 201, 1870.

postérieure du col et au niveau des commissures plusieurs vaisseaux déchirés. Tamponnement cervical et vaginal. Tampon maintenu par le ballon de Gariel. 12 heures après on enlève le ballon, le lendemain on enlève le tampon et on fait un lavage vaginal et intra-utérin. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

XXX. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après délivrance. Déchirure du vagin. Application de forceps. — 7 janvier 83.

Femme Be....., primipare. — Dilatation complète après 26 heures de travail. Rupture spontanée des membranes. Contractions cessent complètement. Application de forceps par M. Marchand. Enfant pesant 2,990 gr. Position O. I. D. P. réduite. Délivrance naturelle un quart d'heure après. Aussitôt après la délivrance, jet de sang rouge ruilant. En cherchant son origine, on trouve à la partie postérieure et inférieure du vagin trois petites artères qui s'étaient rompues. On applique trois pinces à forcipressure. L'hémorrhagie s'arrête.

XXXI. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après l'accouchement et après la délivrance. Déchirure du vagin. Application de forceps. — 28 octobre 1885.

Femme As....., 30 ans. Bassin vicié. Diamètre promonto sous pubien 9 cent. 6. Position O. I. D. A. Dilatation complète après 38 heures de travail. A partir de ce moment les contractions cessent. huit heures après, application de forceps par M. Crespin. Enfant pesant 2,580 gr. Après l'expulsion du fœtus, la femme perd du sang ; le placenta ne s'engageant pas. M^{me} Henry fait faire la délivrance artificielle suivie de trois injections intra-utérines très chaudes, avec la liqueur de Van Swieten dédoublée. La femme continue à perdre. En l'examinant, on constate que le sang vient d'une lésion profonde de la paroi postérieure et inférieure du vagin. On applique un tampon d'agaric, on fait la compression et l'hémorrhagie cesse.

XXXII. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance. Déchirure du col. Version. — 20 octobre 1883.

Femme Kr..., 27 ans, multipare. Présentation de l'épaule A. I. G. Dorso antérieure. Après la délivrance, hémorrhagie. M. Auvard applique le spéculum de Sims et constate une déchirure du col utérin. Pince à forcipressure, tampon d'agaric, l'hémorrhagie s'arrête.

XXXIII. — **OBSERVATION.** — Cas de rupture du vestibule pendant l'accouchement, par le Dr Walter R. Gillette (1).

Femme âgée de 40 ans, primipare, accouchant à Charity hospital. Le médecin, mandé, trouva une femme très anémique presque dans le coma, les contractions utérines n'avaient aucune intensité, l'urine contenait de l'albumine, le pouls était faible et rapide. Présentation du sommet. Le bassin avait le type masculin, on applique le forceps, la tête est extraite avec beaucoup de difficulté par l'interne, et les épaules par le Dr Gillette lui-même après des efforts prolongés et considérables. Le périnée ne fut pas déchiré au moment où la tête sortit, mais il céda au moment où les épaules passèrent. L'enfant était mort-né. Aussitôt après l'accouchement, un flot de sang s'échappa du vagin. L'utérus était fortement contracté, on vit alors que le sang venait d'une rupture du vestibule qui se fit pendant l'extraction des épaules. Le sang continuait à couler très abondamment ; on l'arrêta en faisant le tamponnement. La malade guérit.

Hémorrhagies par rupture de varices. — Dans l'accouchement normal où les ruptures se font spontanément, elles peuvent avoir lieu avant l'expulsion du fœtus, pendant le travail, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, pendant l'accouchement, au moment de l'expulsion du fœtus. Les varices peuvent siéger, comme nous l'avons indiqué dans notre chapitre d'étiologie sur le col de l'utérus, sur les parois du vagin et de la vulve.

Les varices du col sont de beaucoup plus rares que celles du vagin et de la vulve ; elles ont cependant été observées un certain nombre de fois, et leur rupture acquiert souvent une gravité considérable par l'hémorrhagie qu'elle occasionne. Voici un cas de mort par hémorrhagie survenu à la suite de rupture de vaisseaux variqueux ; l'observation date de 1694, elle est rapportée par Peu et citée par M. Budin (2).

(1) Dr Budin. — *Lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels.* Th. agrég. 1878 (p. 122).

(2) Dr Budin. *Varices chez la femme enceinte.*

XXXIV. — **OBSERVATION.** — Empruntée à Peu. (Pratique des accouchements, 1694, p. 611).

Voici ce qui arriva à une boulangère du faubourg Saint-Denis, dont le trépas n'est pas moins digne de récit que de pitié.

Cette pauvre femme devint enceinte d'un enfant fort gros et fort puissant, dont la tête séjourna longtemps au couronnement, les eaux écoulées. Ce long séjour obligea la sage-femme à m'envoyer quérir.

J'avais déjà secouru la malade dans un pénible accouchement où je la délivrai de deux enfants. Mais dans cet autre fâcheux accident, je ne pus que donner mon avis, qui fut de prendre patience et de ne rien forcer, d'autant que je trouvais les veines et les artères du col de la matrice dilatées, qui formaient une espèce de bourrelet autour et au dehors de la tête de l'enfant. Je défendis donc expressément de l'exciter à l'expulsion de son fruit, de crainte que, par cette violence, l'aboutissement de ces vaisseaux variqueux ne vint à se rompre, et que cette rupture ne fut suivie d'une mort subite, sans espérance d'aucun secours. Je donnai ordre en même temps de les soutenir avec la main pour empêcher ces symptômes dans les temps de la douleur, y tenant des linges trempés dans le vin chaud. Mais soit qu'on n'observât pas exactement ce que j'avais prescrit, soit que la douleur y mit empêchement, il est trop certain qu'au premier effort, cette espèce de bourrelet, dont j'ai parlé, creva au-dessus de la vulve proche le méat urinaire, et qu'aussitôt le sang sortit d'une telle impétuosité, et avec tant de furie, qu'à peine la malade eut-elle le temps d'élever son âme à Dieu. Pour moi, qui ne fus pas sitôt rentré dans mon logis, qu'il me fallut retourner sur mes pas, j'avoue que je fus extrêmement surpris de voir cette pauvre femme toute plongée dans son sang, et son enfant encore au même endroit où je l'avais laissé.

L'hémorrhagie par rupture de varices présente les caractères d'une hémorrhagie veineuse, le sang est noir, il s'écoule en bavant, et d'une façon continue. Si la rupture a lieu pendant le travail, l'hémorrhagie pourra s'arrêter momentanément lors de la période d'expulsion du fœtus, dont la tête vient comprimer les vaisseaux qui sont déchirés et s'opposer à l'écoulement sanguin qui peut recommencer après l'accouchement.

Le toucher et l'examen direct du col au moyen du spéculum, en montrant le siège et la nature de la lésion, facilitent le diagnostic.

Par le toucher, on trouve sur le col une tuméfaction molle, dépressible, faisant corps avec la surface utérine, mais sans pouvoir en être détachée, signe qui la distingue de l'insertion vicieuse du placenta. La compression fait diminuer ou disparaître l'hémorrhagie et la tumeur variqueuse qui se reproduisent dès qu'on la cesse. La réductibilité de la tumeur la différencie du thrombus, qui est, au contraire, dur et résistant.

Enfin, l'examen au spéculum pourra venir confirmer le diagnostic ; mais cet examen devra être fait avec beaucoup de prudence pour éviter de nouvelles déchirures et c'est au spéculum de Sims que nous donnons la préférence. Nous allons citer une observation fort intéressante de Murray, que nous avons relevée dans la thèse d'agrégation de M. Budin, et qui a précisément trait à une hémorrhagie survenue pendant le travail, et attribuée par cet auteur à la rupture de vaisseaux variqueux du col.

XXXV. — **OBSERVATION.** — Rapportée par Murray (Varicose hemorrhage from the cervical zone of the uterus. *The Obstetrical Journal of Great Britain*, t. I, p. 11).

M^{me} B..., 27 ans, primipare, à terme. Santé générale faible, sans résistance. Tempérament nerveux. Elle allait se mettre au lit, quand étant à peine, ou n'étant pas prévenue par quelques symptômes de travail, elle sentit du sang s'écouler de ses organes. Le médecin qui devait l'accoucher ne pouvant venir, son mari pria le Dr Kirby de la voir. Ce dernier accourut, et, à son arrivée, il trouva la malade au lit, très-faible, et ayant des menaces de syncope dues à l'hémorrhagie qui était survenue et qui persistait. En l'examinant il sentit quelque chose d'élevé qui ressemblait au bord du placenta, et, sans perdre de temps, il tamponna avec soin le vagin. L'écoulement sanguin s'arrêta. Le col de l'utérus était incomplètement dilaté et le liquide amniotique ne s'était pas écoulé. Une consultation ayant été proposée, j'eus le plaisir de me rencontrer avec le Dr Kirby. Depuis le moment où l'on m'avait envoyé chercher, jusqu'à mon arrivée, la malade avait perdu peu ou pas de sang, et n'avait pas éprouvé de douleurs bien fortes.

Après discussion, je résolus d'enlever le tampon pour voir si l'on pourrait terminer l'accouchement, et je trouvai le col de l'utérus complètement dilaté. Les membranes étaient tendues, et il ne s'écoulait que très-peu de sang.

J'introduisis mon doigt aussi haut que possible autour du col, mais je ne pus affirmer que ce que je sentais était une portion du placenta. Le seigle ergoté fut administré, les membranes furent rompues, le travail marcha rapidement et se termina favorablement.

L'enfant naquit vivant, le placenta fut expulsé très-peu de temps après, sans qu'il y eût de nouvelle hémorrhagie. Mais nous eûmes du mal à ranimer et à réchauffer la malade. Comme nous ne pensions pas qu'il s'agissait d'un cas de placenta prævia ou d'une hémorrhagie accidentelle, nous restâmes dans le doute relativement à la source de l'hémorrhagie, bien que la sensation perçue par le toucher suggérât naturellement l'idée de la présence du tissu placentaire.

Je n'entendis plus parler de cette malade, lorsque treize mois après je fus demandé par le Dr Kirby pour la voir. Elle était en travail de son second enfant, et comme la première fois le sang coulait abondamment, sans qu'il y eût de douleurs bien appréciables. A mon arrivée je trouvai que le Dr Kirby avait complètement tamponné le vagin, administré des toniques et donné des stimulants. L'état général de Mme B... s'était considérablement amélioré depuis son accouchement antérieur, et elle pouvait maintenant supporter une hémorrhagie.

Après avoir attendu un peu près de la malade, nous vîmes qu'un petit écoulement de sang noir se faisait par le vagin. Il y avait aussi quelques douleurs, et l'écoulement semblait augmenter au début de chacune d'elles. Après avoir enlevé le tampon, j'examinai avec attention, et, en atteignant le col, je constatai que son orifice dilaté mesurait un diamètre de 4 centimètres environ. Les membranes étaient intactes et la tête se présentait. Le col semblait épais et pulpeux en arrière, il était assez bas dans le vagin.

En introduisant mon doigt aussi loin que possible dans l'utérus, je parcourus le pourtour du col et ne pus y trouver la moindre trace de placenta. Cependant, en un point qui correspondait à la région externe ci dessus mentionnée, comme étant épaisse et pulpeuse, je sentis une tuméfaction rugueuse à bord élevé et mince. Deux doigts passèrent distinctement au-dessus et au-delà de cette tuméfaction, et arrivèrent de tous côtés sur la véritable surface utérine. Ce fait que l'on ne pou-

vait détacher de la paroi utérine aucune portion de la tumeur montra qu'il ne s'agissait pas de placenta.

En exerçant une pression avec les doigts sur la tumeur, elle céda et devint plus petite. On remarqua, en même temps, que l'écoulement sanguin diminuait ou cessait; qu'il reparaisait quand on n'appuyait plus et la main étant retirée était couverte de sang veineux. Le Dr Kirby répéta la même manœuvre et obtint le même résultat. Comme le travail était avancé, que la tête fœtale appuyait de haut en bas et arrêtait ainsi l'hémorrhagie, nous résolûmes d'abandonner les choses à la nature; nous l'aidâmes seulement en lui faisant prendre de l'ergot et quelques toniques. Nous résolûmes d'introduire un tampon trempé dans une solution de perchlorure de fer, et de l'appliquer sur la surface saignante, si l'hémorrhagie devenait de nouveau considérable. Cela, du reste, fut inutile, car l'accouchement se termina régulièrement et heureusement pour la mère et pour l'enfant.

Ce second accouchement nous démontra quelle avait été la cause de l'hémorrhagie pendant le premier. Nous fûmes convaincus que ces hémorrhagies graves avaient eu le même point de départ dans les deux cas, et qu'elles étaient dues à un état variqueux des veines du col de l'utérus qui s'étaient rompues au début du travail.

Le traitement, dans les deux cas, fut simple et couronné de succès. La compression fut faite de bas en haut, au début du travail, et plus tard la tête, en descendant, exerça une pression de haut en bas qui arrêta l'hémorrhagie. Il est important de signaler que la dame B..., 14 jours après son accouchement, eut une hémorrhagie assez abondante qui nécessita l'intervention du Dr Kirby. Il ne réussit à l'arrêter qu'en employant les moyens appropriés aux cas de ce genre.

Les varices de la vulve et du vagin, bien plus fréquentes que les varices du col, peuvent se rompre comme ces dernières, soit pendant le travail, soit pendant l'expulsion du fœtus. Nous avons assez insisté, quelques pages plus haut, sur le mécanisme de la rupture de ces varices, pour n'avoir pas y revenir actuellement.

Pendant le travail, la rupture des vaisseaux variqueux peut donner lieu à une hémorrhagie plus ou moins abondante, ainsi que le prouve une observation due à D'Outrepont.

XXXVI. — OBSERVATION. — Enorme tumeur variqueuse des parties génitales, rupture au moment du travail, hémorrhagie grave; guérison (1).

Une femme d'une constitution molle et lymphatique, déjà mère de deux enfants, avait le long des cuisses et des jambes, aux grandes lèvres et dans le vagin, une grande quantité de varices dont l'une située dans le vagin, était surtout d'un volume remarquable. Le travail de de l'enfantement se déclara au temps de la troisième grossesse, et suivit d'abord une marche régulière. La tête s'engagea peu à peu dans l'excavation pelvienne, mais la varice du vagin augmentant de plus en plus de volume, finit par se rompre et par déterminer une hémorrhagie très abondante. Ce fut en vain qu'on employa le tampon et qu'on espéra de l'avantage du progrès du travail, qui faisait avancer la tête. La persistance de l'hémorrhagie, la débilité croissante de la femme, et la cessation des contractions de l'utérus, obligèrent de recourir à l'usage du forceps. Au moyen de cet instrument, l'enfant fut extrait vivant et sans difficulté. L'hémorrhagie, qui avait persisté jusqu'ici, fut arrêtée sans retour par les tamponnements, et les suites de couches furent très heureuses.

Cette hémorrhagie se présente avec les caractères que nous avons signalés à propos de la rupture des varices du col, c'est-à-dire que c'est une hémorrhagie veineuse; de plus, l'examen direct permettra de reconnaître le siège de la rupture.

Pour les varices de la vulve, le diagnostic ne souffrira pas de difficulté; pour celles du vagin, il faut explorer ce conduit au moyen du toucher. On sent sur les parois des rugosités ou des nodosités qui sont molles, réductibles; l'hémorrhagie diminue ou cesse quand on fait la compression. Si enfin, on n'était pas suffisamment fixé par cette recherche, on pourrait faire l'examen au moyen du spéculum de Sims, mais toujours avec la plus grande prudence.

Le plus habituellement, la rupture des varices de la vulve et du vagin se fait pendant l'accouchement au moment de l'expulsion du fœtus, et l'hémorrhagie qui en résulte apparaît en même

(1) D'Outreput. — Mémoires et matériaux concernant l'art des accouchements, t. I.

temps ou aussitôt après la sortie de l'enfant, suivant le point du canal vagino-vulvaire sur lequel siégeait la rupture.

XXXVII. — OBSERVATION. — *Pratique des accouchements*, de M^{me} Lachapelle, t. III, p. 198.

Chez une femme, au moment où la tête du fœtus s'approchait des parties externes de la génération, une quantité de sang s'écoula tout à coup sous la malade. L'écoulement était continu, et avait lieu aussi bien dans l'intervalle des douleurs que pendant leur durée. Seulement les contractions de l'utérus chassaient chaque fois un flot d'eau de l'amnios qui ne se mêlait au sang que hors des organes génitaux. Cette circonstance prouvait que l'hémorrhagie n'avait pas sa source dans l'utérus, et en effet il me suffit d'écarter les lèvres de la vulve pour apercevoir à l'entrée du vagin une petite ouverture par laquelle jaillissait du sang veineux. Je me contentai d'abord d'en pincer les bords avec mes doigts, et bientôt la tête comprimant elle-même l'ouverture, m'exempta de ce soin. Mais après l'accouchement l'hémorrhagie se renouvela, quoique l'utérus fût convenablement rétracté. La compression exercée par un morceau d'agaric soutenu par un tampon de charpie suffit pour arrêter l'effusion du sang, et permit une prompte guérison. Ce moyen ne demande qu'une attention, c'est de surveiller l'utérus afin de désobstruer le vagin, si on soupçonnait que les lochies s'y accumulassent d'une manière inquiétante.

XXXVIII. — OBSERVATION. — *Pratique des accouchements*, t. III, p. 197. M^{me} Lachapelle.

Une femme lymphatique, âgée de 25 ans, accoucha pour la seconde fois, le 8 janvier au matin, après un travail de quatre heures ; l'enfant pesait 5 livres 1/2. L'utérus s'était contracté, et cependant, on s'aperçut dans l'après-midi que cette femme perdait plus de sang que les lochies n'en doivent donner. Elle pâlisait, s'affaiblissait. Des linges froids et humides, une injection d'eau froide dans le vagin, n'avaient point arrêté l'hémorrhagie. Je touchais d'ailleurs l'utérus bien contracté et tout-à-fait vide. J'écarterai alors les lèvres de la vulve, et j'observai sur la nymphé gauche tuméfiée et ecchymosée une petite ouverture fournissant un jet de sang semblable à celui d'une saignée. J'appliquai sur cette déchirure un morceau d'agaric soutenu par un tampon de

charpie. L'hémorrhagie s'arrêta, la femme reprit ses forces, et sortit de l'hospice fort bien portante, quelque temps après.

On pourra, dans quelques cas, faire le diagnostic du siège de la rupture des vaisseaux variqueux par le mode d'écoulement du sang, en observant à quel moment apparaît l'hémorrhagie et quelle est la partie du corps du fœtus qui est plus particulièrement tachée de sang. Notre maître, M. le Dr Budin, a appelé l'attention sur ces faits en 1876. Ses observations ont fait l'objet d'une publication dans le *Progrès Médical* et intitulée : « Note sur un signe permettant de reconnaître une hémorrhagie des parois du vagin après l'accouchement. »

Nous transcrivons textuellement ces deux observations fort intéressantes pour le cas qui nous occupe ; en effet, elles ont permis à M. Budin de différencier les hémorrhagies dues à des varices du vagin de celles qui proviennent de la rupture de varices vulvaires.

XXXIX. — OBSERVATION. — Le 16 décembre 1875, à la Maternité, dans le service de M. Tarnier, j'assistai à l'accouchement de la nommée Ba..., primipare. L'enfant présentait le sommet en O. I. G. A. La tête étant sortie, lorsque le corps se dégagea, je remarquai sur l'épaule droite une large tache de sang qui se continuait sur toute la partie latérale du tronc et sur le siège du même côté.

Pendant qu'on essuyait l'enfant et qu'on attendait la cessation des battements du cordon pour en faire la ligature, me rappelant un fait dans lequel un vaisseau clitoridien s'étant rompu, j'avais vu le sang couler sur le cou du fœtus avant la sortie du tronc, je me demandai si une hémorrhagie n'allait pas avoir lieu, hémorrhagie dont la source serait, non pas au niveau du clitoris, mais un peu en arrière, puisque du sang n'avait pas coulé sur le cou de l'enfant. En surveillant attentivement la vulve, je vis du sang rouge couler abondamment. Je signalai cette hémorrhagie à l'aide-sage-femme qui s'occupait de l'enfant, et je lui en indiquai la source probable.

Elle mit immédiatement la main sur le fond de l'utérus, comprima et déprima cet organe. Une certaine quantité de caillots sortit par la vulve, elle crut alors à un hémorrhagie utérine, et donna l'ordre de préparer du seigle ergoté. Je lui fis remarquer que l'utérus, sous sa main, était

dur, contracté, et que cependant un écoulement abondant persistait. Après avoir placé la femme dans une situation qui permettait à la lumière d'arriver sur les parties génitales, j'écartai les lèvres et les parois du vagin, et je vis du côté droit ruisseler du sang très rouge dont la couleur contrastait avec la coloration foncée et noirâtre des caillots.

Il y avait là des varices nombreuses et volumineuses qui s'étaient rompues en un point qu'on put voir exactement après avoir essuyé la muqueuse avec un linge. De même sur la paroi gauche du vagin, il existait des varices énormes qui présentaient également une déchirure par laquelle s'écoulait une certaine quantité de sang.

Ce qui s'était passé était facile à comprendre. Aussitôt après la sortie du corps, le sang avait coulé et s'était accumulé dans le vagin. Ce canal s'était laissé distendre, puis, enfin, le sang avait coulé au dehors. En comprimant l'utérus, on avait abaissé cet organe, et du même coup chassé une partie des caillots contenus dans la cavité du vagin. L'expression faite en ce moment par l'aide-sage-femme avait suffi pour en faire sortir le placenta. On introduisit un linge dans le vagin, et on fit la compression des deux côtés.

L'hémorrhagie s'arrêta ; au bout de dix minutes, on cessa la compression ; sur la paroi latérale droite, le sang ne coulait plus, mais l'écoulement persistait sur la paroi latérale gauche. On fit de nouveau la compression ; après un quart d'heure, toute hémorrhagie avait cessé.

Quinze jours ne s'étaient point passés, que, par une coïncidence bizarre, j'eus l'occasion d'observer un nouveau fait analogue au précédent. Il s'agissait encore d'une primipare ; lorsque le tronc sortit, l'épaule et tout le côté qui était dirigé en haut se trouvaient être le siège d'une large tache de sang. Je pus, au grand étonnement des élèves, prédire une hémorrhagie des parois du vagin. Après quelques minutes, en effet, le sang coulait en abondance. Les caillots contenus dans la cavité vaginale furent enlevés, et les lèvres écartées : on vit alors qu'une varice des parois s'était rompue, et était la source d'une hémorrhagie que des lavages à l'eau froide, puis la compression, permirent d'arrêter.

XL. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Service de M. Tarnier.

Marguerite R..., primipare, 22 ans, présentation du sommet en O. I. G. A. Aussitôt la tête sortie, l'occiput s'inclina légèrement du côté gauche, et l'on vit s'écouler à droite et à gauche une certaine quantité de sang rutilant. Ce sang ne peut venir de l'utérus, les épaules

et le tronc remplissant la cavité vaginale. Ces parties furent expulsées à leur tour, et au fur et à mesure qu'elles se dégageaient, on voyait sortir couvert de sang tout le côté latéral droit de l'enfant, côté qui était dirigé en haut. Nous pensâmes d'abord à une hémorrhagie clitoridienne dont M. Laroyenne, de Lyon, avait quelques mois auparavant rapporté plusieurs exemples. Après l'expulsion de l'enfant, le sang continua à couler avec abondance. Il était ruisant et venait de la branche droite du clitoris. A plusieurs reprises on fit des lavages à l'eau froide, l'écoulement diminua beaucoup. Quelques minutes après, la délivrance fut faite par expression. Le placenta sortit en présentant son bord, sa face utérine n'était pas recouverte par les membranes. L'écoulement de sang continuant par la plaie clitoridienne, quelques nouveaux lavages à l'eau froide, puis la compression de la plaie faite pendant dix minutes, amenèrent la cessation de l'hémorrhagie. L'enfant était du sexe masculin, volumineux, sa longueur était de 49 centimètres et son poids de 3,790 grammes.

Depuis cette époque, M. le Dr Hirne a rapporté un cas dans lequel l'existence d'une tache de sang très étendue lui avait fait soupçonner la rupture d'une veine vaginale; le diagnostic ayant été immédiatement confirmé par l'inspection, il avait pu arrêter presque instantanément l'hémorrhagie (1).

Ainsi quand l'hémorrhagie vient de varices de la vulve on peut voir aussitôt après le dégagement de la tête et avant la sortie du tronc, s'écouler du sang à droite et à gauche du cou de l'enfant; l'hémorrhagie continuera après l'expulsion totale du fœtus et l'examen direct fera reconnaître le siège de la lésion.

Quand l'hémorrhagie succède à la rupture de varices du vagin, ce ne sera plus sur le cou de l'enfant qu'aura lieu l'écoulement sanguin, mais sur l'épaule et le tronc après la sortie de la tête. On constatera alors une large tache de sang s'étendant sur l'épaule et sur le tronc.

Les ruptures de varices qui surviennent spontanément dans l'accouchement normal, peuvent être produites dans l'accouche-

(1) Dr Budin. — *Varices chez les femmes enceintes*. Th. agrég. 1880 p. 408.

ment artificiel par les manœuvres qu'exige l'intervention de l'accoucheur. — Dans ce cas les signes de l'hémorrhagie seront les mêmes que dans la rupture spontanée et ne s'observeront évidemment que pendant ou après l'intervention.

Hémorrhagie par rupture de thrombus. — Comme nous l'avons dit dans notre chapitre de pathogénie, il peut, pendant le travail ou après l'accouchement, se former un thrombus dont la rupture occasionnera une hémorrhagie. Il n'entre pas dans notre sujet de faire l'histoire du thrombus, nous en dirons tout simplement ce qui peut nous être utile pour l'étude des symptômes.

Les tumeurs dues à l'infiltration du sang dans le tissu conjonctif sont ordinairement précédées par l'apparition d'une douleur vive dans la partie qui en est le siège. Cette douleur s'accompagne de pesanteur dans le canal génital, d'une sensation de gêne et d'envie de pousser.

Avant la rupture du thrombus, il est en général facile de le reconnaître. En examinant les organes génitaux on trouve d'un côté de la vulve ou du vagin, ou quelquefois sur une des lèvres du col, une tumeur d'un volume variable, assez résistante, ne se laissant pas déprimer et ayant une coloration violacée.

La rupture du thrombus peut avoir lieu pendant l'accouchement sous l'influence des efforts du travail, par la compression exercée par la tête fœtale sur les parois du canal génital. Souvent c'est après la délivrance que peuvent avoir lieu la formation et la rupture de la tumeur sanguine.

L'hémorrhagie est plus ou moins abondante suivant la quantité de sang épanché dans le tissu cellulaire et surtout suivant le nombre et l'importance des vaisseaux qui ont été déchirés. Elle se produit très rapidement et présente les caractères propres à toute hémorrhagie ; des symptômes généraux dont l'intensité dépend de la quantité de sang perdue ; des symptômes locaux caractérisés par la perte sanguine. Le sang est noirâtre, liquide ou en caillots, quelquefois il s'écoule sous forme de jet quand l'ouverture du thrombus s'est faite sur une petite étendue.

Si on examine les organes génitaux, on constate la présence de la tumeur sanguine qui s'affaisse progressivement à fur et mesure que le sang s'écoule au-dehors. L'hémorrhagie peut-être quelquefois si abondante qu'elle occasionne la mort de la malade et cela en très peu de temps. Nous citons l'observation d'un cas de ce genre que nous lisons dans la thèse de M. le Dr Bordas et empruntée par lui à la thèse d'agrégation de M. Blot, 1853.

XLI. — OBSERVATION. — Wiffels. *Revue de médecine et de chirurgie*, t. IV, p. 370.

Dans la nuit du 6 septembre 1849, on vint me prendre pour assister une femme pendant son accouchement. Le travail avait commencé depuis peu d'heures. C'était une personne robuste, sanguine, d'un embonpoint assez prononcé et jouissant d'une santé parfaite. Elle était mère de huit enfants dont elle avait toujours accouché avec facilité. Seulement, pendant les dernières semaines de la grossesse actuelle, la marche avait été très pénible, et les extrémités inférieures fortement œdématisées. Par le toucher je constatai une assez grande dilatation du col utérin. La poche des eaux n'était pas rompue, la tête de l'enfant n'était pas encore fort engagée dans l'excavation. Néanmoins, d'après les contractions utérines qui étaient très fortes, et la bonne position de l'enfant (O. I. G. A.), je pouvais diagnostiquer une délivrance prompte et facile. Mais quel fut mon étonnement lorsque, après quelques douleurs fortement prononcées, je vis la grande lèvre du côté droit se distendre subitement, augmenter rapidement de volume, et devenir en peu d'instant tendue et fluctuante. Etourdi, je l'avoue, de cet accident, je soupçonnai tout d'abord une hernie. Mais bientôt après la tumeur, augmentant toujours sous et malgré la compression de ma main, et ayant déjà acquis le volume du poing, se rompit si brusquement pendant une forte douleur, que le sang fut projeté à une distance de plusieurs pieds. Croyant cet accident fort grave, j'envoyai en toute hâte chercher mon forceps, que j'avais négligé de prendre avec moi, à cause des couches faciles précédentes, pour terminer au plus vite l'accouchement. Entre temps, un sang noirâtre continuait à sortir par l'ouverture qui s'était faite à la grande lèvre. Dans cette ouverture on pouvait facilement introduire le pouce. Pendant les contractions, le sang était poussé par saccades, mais ne coulait pas avec intensité dans les intervalles. A partir de ce moment, et après plusieurs

douleurs, la femme commença à se plaindre d'étouffement, et finit par dire qu'elle allait mourir faute d'air. Quelques minutes après, la femme succomba en effet, sans que l'on s'y attendit, et sans que l'on s'en aperçût. Trois quarts d'heure environ après l'accident, on apportait le forceps. Il me servit à extraire un enfant qui avait également cessé de vivre.

Fort heureusement l'hémorrhagie n'a pas toujours une telle intensité et laisse à l'accoucheur le temps d'intervenir.

XLII. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après la délivrance, thrombus vaginal. — 11 nov. 85.

Femme Al..., secondipare, 19 ans. — Accouchement spontané. — Position O. I. D. P. réduite. — Enfant pesant 3,400 gr. Délivrance naturelle suivie d'injection intra-utérine chaude. Trois heures après l'accouchement la femme a des douleurs expulsives, elle perd du sang liquide ou en caillots. L'utérus est dur et retractoré. En examinant la femme on trouve un thrombus occupant la paroi latérale droite du vagin. On fait des injections vaginales et de la compression. Le thrombus se rompt le surlendemain près de l'orifice vulvaire. On fit de nouvelles injections vaginales, et on mit quelques mèches de charpie dans le thrombus qui guérit rapidement.

XLIII. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie après l'accouchement; formation d'un thrombus; application de forceps, rupture du thrombus. — 22 juin 84.

Femme Bon..., 24 ans, primipare. — Dilation complète à son arrivée. Position O. I. D. P. Rotation se faisant lentement. Travail très long et pénible. Rupture d'un vaisseau vulvaire et formation d'un thrombus occupant l'épaisseur de la grande lèvre droite et le périnée. Application de forceps. Rupture du thrombus. La femme perd du sang assez abondamment. Délivrance naturelle, injections très chaudes. Tampon de charpie imbibée de liqueur de Van Swieten dans la cavité du thrombus; l'hémorrhagie cesse.

XLIV. — OBSERVATION DE LA MATERNITÉ. — Hémorrhagie et thrombus vaginal après la délivrance. — 8 septembre 83.

Femme Gor..., secondipare. — Accouchement spontané. Durée du

travail 15 heures. Position O. I. G. A. Enfant pesant 3,000 gr. Délivrance naturelle, suivie d'injection intra-utérine. Trois quarts d'heure après, la femme perd du sang ne venant pas de l'utérus, qui se contracte. En examinant la femme, on trouve à la partie inférieure et postérieure du vagin une déchirure et au-dessus de cette déchirure une tumeur qui augmente rapidement de volume. On fait un lavage vaginal, on applique un tampon sur la déchirure, on fait la compression de la tumeur pendant quelque temps et l'hémorrhagie s'arrête.

Tels sont les symptômes et les principaux caractères que présentent les diverses hémorrhagies qui ont leur source sur un point du canal génital en dehors du corps de l'utérus. Nous avons tenu à les exposer d'une manière méthodique, en faisant suivre chaque variété d'hémorrhagie des observations que nous avons pu recueillir.

Nous pensons, en ayant suivi cette marche, avoir donné un peu plus de netteté à notre exposé et il nous sera, par là même, plus facile de résumer les divers points qui constitueront notre diagnostic.



DIAGNOSTIC

L'ensemble des symptômes, la nature de l'hémorrhagie, le moment de sa production, l'état de l'utérus et enfin l'examen clinique des organes génitaux, tels sont les éléments qui nous serviront à établir notre diagnostic ; qui comprendra deux parties :

1^o Faire le diagnostic de l'hémorrhagie ;

2^o Faire le diagnostic de son siège et de sa variété.

Diagnostic de l'hémorrhagie. — De deux choses l'une, ou bien la perte est externe et le sang s'écoule hors des voies génitales, ou bien la perte est interne.

Si la perte est externe, on constate l'issue du sang au dehors, sa couleur rouge, rutilante, ou au contraire noire, son écoulement en jets saccadés ou en bavant, suivant qu'il provient d'un vaisseau artériel ou veineux.

La perte est-elle interne, la femme présentera les symptômes généraux propres à toute hémorrhagie, et sur lesquels nous avons suffisamment insisté, petitesse du pouls, frissons, pâleur des téguments, etc., etc.

Diagnostic du siège et de la variété. — Nous avons deux cas à considérer. L'hémorrhagie se produit pendant le travail, avant l'expulsion du fœtus, ou bien elle survient après l'accouchement et après la délivrance.

Pendant le travail. — Quelles sont les hémorrhagies qui peuvent se produire pendant le travail ? Nous les avons énumérées en faisant l'étude des symptômes, nous résumerons donc simplement leurs principaux caractères. Tout d'abord le sang a-t-il son origine dans le corps de l'utérus ou en dehors de celui-ci ? Parmi les

causes principales d'hémorrhagie venant du corps de l'utérus et se produisant pendant le travail, nous avons cité particulièrement la rupture utérine et l'insertion vicieuse du placenta. Ces deux accidents ont des caractères bien tranchés que nous avons étudiés dans le chapitre précédent, et sur lesquels nous ne reviendrons pas.

Quant aux hémorrhagies indépendantes du corps de l'utérus, elles se rattachent aux ruptures de varices ou de thrombus du canal génital ; il ne peut être question ici de celles qui sont le résultat de déchirures du canal génital, l'écoulement sanguin, dans ce cas, ne se produisant qu'après l'expulsion de l'enfant.

L'hémorrhagie qui résulte de la rupture de varices, pendant le travail, présente les caractères d'une hémorrhagie veineuse, le sang est noir et s'écoule en bavant, d'une façon continue, si les varices siègent dans le vagin ou à la vulve ; si ce sont des varices du col qui ont été déchirées, la perte pourra s'arrêter momentanément pendant l'expulsion de l'enfant (la tête comprimant les vaisseaux déchirés), pour reprendre après l'accouchement.

Dans le cas d'hémorrhagie du vagin ou de la vulve, on se servira du signe indiqué par M. Budin. Tache de sang sur l'épaule et le tronc de l'enfant pendant son expulsion (hémorrhagie du vagin). Ecoulement de sang à droite et à gauche du cou de l'enfant aussitôt après le dégagement de la tête et avant la sortie du tronc (hémorrhagie de la vulve). Il existe habituellement, en même temps, des varices des membres inférieurs (bien qu'elles puissent faire défaut). Si le sang vient de la rupture d'un thrombus, il est également noirâtre, liquide ou en caillots. C'est surtout l'examen des organes génitaux qui mettra sur la voie du diagnostic.

Par le toucher vaginal, dans le cas de varices, on constate une tuméfaction molle dépressible, des rugosités, siégeant soit sur les parois du vagin, soit sur le col ; tumeur réductible par la pression, ce qui la distingue du thrombus qui est, au contraire, dur et résistant.

Quand le diagnostic est incertain , on fait l'examen, à l'aide du speculum de Sims, en plaçant la femme dans la semipronation ; on pourra alors juger, *de visu* , de la lésion et de son siège.

Pour la vulve, l'examen direct, en écartant les grandes et les petites lèvres, est le seul nécessaire.

* *Après l'accouchement.* — Lorsque , après l'expulsion de l'enfant, il survient une hémorrhagie, quelle est son origine ?

Ici encore , elle a sa source dans le corps de l'utérus (et on l'attribue, dans ce cas, à l'inertie utérine), ou bien elle en est indépendante et provient de déchirures, ruptures de varices ou de thrombus.

C'est l'état de l'utérus qui nous fournira les éléments du diagnostic :

Uterus mou, flasque, peu distinct des parois abdominales dans le cas d'inertie.

Uterus dur, résistant , retractoré , quand le sang ne vient pas du corps de cet organe.

Enfin l'examen direct par le toucher ou le speculum donnera des indications précieuses au point de vue du siège et de la nature de la lésion qui a produit l'hémorrhagie.



PRONOSTIC

Le pronostic de l'hémorrhagie qui survient pendant l'accouchement ou après la délivrance et qui est indépendante du corps de l'utérus, est extrêmement variable.

Dans un certain nombre de cas, en effet, et ce sont les plus fréquents, il n'y aura qu'une perte de sang relativement insignifiante, ne pouvant avoir de grandes conséquences au point de vue de la santé générale. Mais, malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et comme nous avons pu le constater dans le cours de ce travail, il existe des cas, trop nombreux encore, où la mort de la femme a été occasionnée par l'abondance et la rapidité de l'hémorrhagie. — Enfin, l'hémorrhagie peut être grave et cependant ne pas tuer la femme, mais il en résulte pour elle un affaiblissement tel que son état général peut s'en ressentir longtemps.

Quels sont donc les facteurs de gravité de l'hémorrhagie dans le cas qui nous intéresse ?

Nous pouvons dire, tout d'abord, que la quantité de sang perdue par la femme est extrêmement importante au point de vue du pronostic. Il est évident que plus la perte est abondante plus il y a de danger sérieux pour la vie ou la santé de la malade. Nous devons toutefois faire quelques réserves, car toutes les femmes ne supportent pas de la même façon une même perte de sang, et il faut donc tenir grand compte de l'état de la femme et de sa constitution avant de porter un pronostic trop fâcheux ou trop bénin.

Voici, en effet, l'avis de Velpeau sur le pronostic des hémorrhagies qui surviennent chez la femme en couches :

« Ce n'est pas par la quantité de sang qui s'écoule qu'on doit

» mesurer le danger mais bien par l'effet qui en résulte sur
» l'économie générale. Il est des femmes qui, toutes choses égales
» d'ailleurs, sont conduites au bord de la tombe par la perte d'une
» livre ou deux de ce fluide, tandis que d'autres en perdent une
» quantité double ou triple sans en être sérieusement incommo-
» dées. Je n'ai pas besoin de dire que celles qui sont fortes, san-
» guines et robustes, en souffrent moins que les personnes lym-
» phatiques, faibles et anémiques (1). »

Le mode d'écoulement du sang peut singulièrement modifier le pronostic. En effet, souvent la perte se fait lentement et l'accoucheur a le temps de chercher l'origine de l'hémorrhagie et d'intervenir activement ; mais quelquefois l'écoulement sanguin se fait avec une rapidité effrayante, le lit de la malade est, en quelques instants, inondé, traversé et même le sang coule à terre ; tout se passe si vite qu'il est impossible d'intervenir, et la femme meurt d'hémorrhagie. C'est ordinairement quand un vaisseau important et principalement une artère a été ouverte, que l'hémorrhagie devient aussi rapidement mortelle. Nous avons en effet cité quelques cas de mort rapide, avant qu'on ait pu intervenir, et survenus à la suite d'hémorrhagie par déchirure d'une artère clitoridienne.

Nous pouvons dire que, d'une manière générale, l'hémorrhagie qui résulte de la rupture d'une artère pourra être plus abondante et plus rapidement grave que celle qui est produite par la déchirure d'une veine.

L'étendue de la déchirure, le nombre des vaisseaux lésés augmentent aussi la gravité du pronostic.

Nous nous baserons également sur l'état de la femme. Si le pouls reste bon, si la malade ne pâlit pas, si il n'y a pas d'agitation, pas de tendance syncopale, nous porterons un pronostic bénin, surtout après avoir fait le diagnostic de la source de l'hémorrhagie. Si au contraire la femme pâlit, a des frissons, a des sueurs froides, si le pouls devient petit, si il y a ten-

(1). Velpeau. — *Traité d'accouchements*. — 1835.

dance à la syncope ou une véritable syncope, le pronostic change complètement et c'est dans ce cas qu'il faut redoubler d'attention et se hâter de découvrir l'origine de l'hémorrhagie afin d'instituer immédiatement un traitement énergique.



TRAITEMENT

Nous le diviserons en : traitement préventif, traitement curatif, traitement général.

1° *Traitement préventif* : Comme dans un grand nombre de cas l'hémorrhagie est produite par une déchirure des parois du conduit génital, ou par la rupture de varices ou de thrombus, tout effort un peu considérable de la part de la femme peut augmenter les chances de lésion.

Dans le cas de travail trop rapide, d'étroitesse de la vulve, il pourra être utile de modérer ces efforts et de s'opposer, par là même, dans la mesure du possible, à une expulsion trop brusque ou trop rapide du fœtus. C'est surtout quand on constate la présence de varices volumineuses, de la vulve ou du vagin qu'il faut redoubler d'attention pour éviter leur rupture. Dans les cas de ce genre, il est bien important de modérer les efforts s'ils sont trop considérables pour laisser à la vulve le temps de se dilater.

Pour obtenir ce résultat on pourra avoir recours à l'anesthésie à l'aide du chloroforme.

Nous trouvons dans la thèse d'agrégation de M. Budin un exemple de ce genre où l'emploi du chloroforme a eu un bon résultat : « Chez une dame secondipare, présentant des varices » de la vulve et du vagin tellement développées, que pendant » la grossesse, nous avons cru devoir recommander les plus » grands ménagements dans les rapports sexuels, nous avons,

» pendant l'accouchement administré du chloroforme à dose
» analgésique ; au moment de la période d'expulsion il n'y a eu
» ni cris, ni gémissements ; nous avons empêché tout effort et
» l'accouchement s'est terminé rapidement et heureusement, sans
» que les varices de la vulve et du vagin aient pour ainsi dire
» augmenté de volume pendant le travail. L'enfant était une
» fille de poids moyen. (1).

Malheureusement, le traitement préventif n'est pas applicable à tous les cas et ne peut s'opposer aux nombreuses lésions susceptibles d'accompagner l'accouchement et de produire une hémorrhagie.

2° *Traitement curatif.* — L'hémorrhagie se produit, quelle est la conduite à tenir ?

Si nous nous reportons aux observations que nous avons exposées dans le cours de notre travail, nous voyons que le traitement employé contre les diverses hémorrhagies, a peu varié dans la plupart des cas et a réussi.

Presque tous les auteurs, en effet, conseillent la compression locale, les liquides astringents, la forcipressure, la ligature, etc.; enfin, dans ces dernières années, on a préconisé les injections d'eau chaude dans la cavité vaginale.

La compression locale réussit habituellement dans les hémorrhagies de ce genre. Elle consiste, après avoir découvert la déchirure ou le point de départ de l'hémorrhagie, de faire en ce point une compression que l'on exerce pendant un temps variable.

Dans le cas de déchirure ou de lésion peu importante, et ne siégeant pas trop haut dans le canal utero-vagino-vulvaire, la compression digitale pourra être suffisante parce qu'il ne sera pas nécessaire de la continuer longtemps. Mais quand la lésion se trouve dans le fond du vagin ou au niveau du col utérin, il vaut mieux avoir recours à l'application d'éponges, de bourdonnets de charpie ou de tampons d'agaric imbibés d'un liquide antiseptique

(1) Dr Budin. — *Varices chez les femmes enceintes.* — Th. agrég. 1880 (p. 117).

ou, au besoin, de perchlorure de fer. On les laisse en place plusieurs heures, jusqu'à ce que l'écoulement sanguin soit terminé. C'est un moyen courant et qui réussit bien dans un grand nombre de cas. D'après les observations de la Maternité, nous voyons, d'ailleurs, que c'est presque toujours le traitement employé.

Quelques auteurs, Fritsch est du nombre, ont conseillé les injections de perchlorure de fer dilué (1 partie de perchlorure de fer pour 5 parties d'eau). Ils ont réussi par ce moyen à arrêter un certain nombre d'hémorrhagies. Mais ce traitement n'est pas sans inconvénients, il peut déterminer des phénomènes inflammatoires et douloureux dans la région.

Dans un certain nombre de cas on a employé, mais sans résultats au point de vue des hémorrhagies de ce genre, soit l'ergot de seigle en poudre, soit l'ergotine ou l'ergotinine en injections hypodermiques. On a conseillé la suture des lèvres de la plaie ou de la déchirure avec un fil d'argent, ou bien la réunion au moyen de serres-fines qu'on laisse en place quelque temps.

On peut obtenir le même résultat en appliquant une pince à forcipressure sur le siège de la déchirure ou sur le vaisseau lésé. Enfin quand une artère est déchirée et donne du sang en abondance, il peut être nécessaire d'en faire la ligature.

Nous avons dit que depuis quelques années on a recours aux injections d'eau chaude. C'est en effet un excellent moyen et qui réussit dans bien des cas. Dans nos observations recueillies à la Maternité nous pouvons voir que ce traitement est souvent appliqué et avec succès.

Nous avons également rapporté une observation qui nous a été communiquée par notre excellent maître M. Budin et dans laquelle l'hémorrhagie, provenant d'une déchirure du vagin n'avait pu être arrêtée par la compression digitale ; plusieurs injections vaginales d'eau chaude à 45° qu'on éleva progressivement à 50°, en vinrent facilement à bout. — Peu de temps après les deux sages-femmes attachées au service d'accouchements de la Charité, assistaient la femme d'un employé de l'hôpital ; une hémorrhagie

vaginale grave se produisit aussitôt après l'accouchement, mais elle fut promptement arrêtée par les injections chaudes.

En résumé le traitement devra varier suivant l'étendue de la lésion, l'importance des vaisseaux déchirés et l'abondance de l'hémorrhagie.

Pour la plupart des cas, la compression digitale, le tamponnement avec des substances parfaitement aseptiques sont suffisants, on peut y ajouter les injections d'eau chaude dans le vagin et faire un traitement combiné. On emploie l'eau simple ou la liqueur de Van Swieten dédoublée.

La méthode qui consiste à faire des lavages vaginaux avec l'eau chaude, après l'accouchement et après la délivrance, nous semble, dans le cas actuel, un excellent moyen, qui peut, en dehors des indications pour lesquels il est appliqué, avoir une certaine influence à titre prophylactique. Nous croyons que dans certains cas où il existait des déchirures assez étendues, l'hémorrhagie qui se serait produite presque d'une manière certaine, a été arrêtée ou tout au moins diminuée par l'eau chaude administrée dans un but purement antiseptique.

Il est une indication dont on doit tenir compte au point de vue du traitement, c'est le moment où se produit l'hémorrhagie.

Quand elle a lieu après l'accouchement, les moyens que nous indiquons sont ordinairement suffisants, mais pendant le travail il n'en est pas toujours ainsi. Si ces moyens sont inefficaces et qu'il y ait à craindre pour la vie de la femme, il ne faut pas hésiter à terminer l'accouchement artificiellement, à la condition toutefois que la dilatation soit suffisante pour permettre l'intervention.

Une fois l'accouchement terminé, il faut également faire rapidement la délivrance et agir énergiquement pour mettre fin à l'hémorrhagie.

3^e *Traitement général.* — Nous ne nous étendrons pas sur cette partie du traitement, qui est le même dans tous les cas d'hémorrhagie, mais dont l'application s'impose surtout dans les pertes abondantes.

La femme devra garder le décubitus horizontal , la tête basse , les cuisses rapprochés et même serrées l'une contre l'autre. On aura soin de renouveler l'air dans la chambre. On évitera toute cause d'excitation. On administrera des toniques, des cordiaux (vins, rhum, champagne).

S'il existe des tendances à la syncope, il faut réchauffer et ranimer la malade. Dans ces cas, on se trouvera bien d'une ou plusieurs injections hypodermiques d'éther.

Vu :	Vu et permis d'imprimer,
<i>Le Doyen,</i>	<i>Le vice-recteur de l'Académie de Paris.</i>
BÉCLARD,	GRÉARD.
<i>Vu et accepté par : le Président de Thèse ,</i>	
S. TARNIER.	

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Historique	12
Anatomie	15
Etiologie.....	18
Symptômes	28
Diagnostic.....	61
Pronostic.....	64
Traitement	67
